برامج الارشاد النفسي من التقليدية إلى الافتراضية

الدكتور

طارق علي محمود

قسم الصحة النفسية

كلية التربية، جامعة قناة السويس

الدكتور

محمود علي موسى

قسم علم النفس التربوي

كلية التربية، جامعة قناة السويس

٢٠١٩

برامج الارشاد النفسي من التقليدية إلى الافتراضية

تقديم

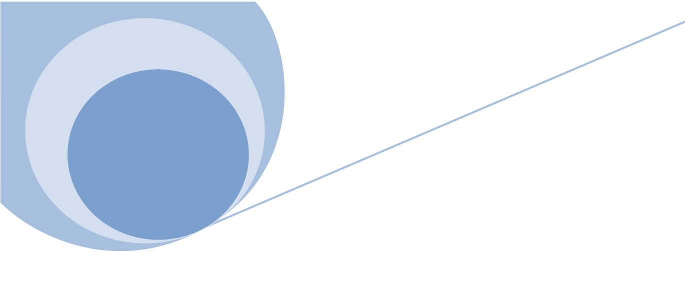
يطـرح هـذا الكتـاب نبـذة عـن علـم الـنفس الارشـادي، ودور الجمعيـة الأمريكيـة النفسـية والجمعيـة الأمريكيـة للطـب النفسـي فـي تطـور العلـم، عـلاوة على ذلـك طرحـت أهـداف هـذا العلـم، وعلاقتـه بعلـم النفس الاكلينيكي، وأدوار القائمين بالارشاد النفسي.

كمـا تطـرق الكتـاب لـدور الارشـاد المدرسـي فـي النبـوغ بالعمليـة التعليميـة والتعامـل مـع الطـلاب، وتنـاول الكتـاب طرحـاً بسـيطاً للارشـاد بـين الشخصـي ودوره فـي عـلاج الاكتئـاب بأنواعـه ودوره فـي عمليات المراهقة وللراشدين، ثم تناول مراحل الارشاد الشخصي.

وتنـاول الكتـاب الارشـاد عبر الانترنـت وأبـرز النظريـات الحديثـة في هـذا النـوع مـن الارشـاد، ودوره كمكمـل لأنـواع الارشـاد الأخـرى ومميزاتـه وعيوبه ومراحله.

المؤلفان





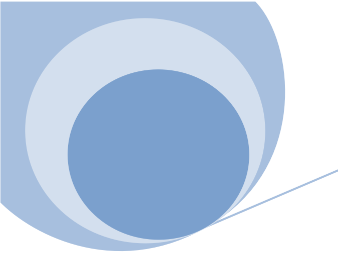


الفصل الأول

علم النفس الارشادي

Counseling Psychology







الفصل الأول

علم النفس الارشادي

Counseling Psychology

مقدمة:

يركز علم النفس الاستشاري على التكيف التقليدي للأفراد مع بيئتهم ومساعدتهم على التعايش وتخطي الأزمات ومشكلات الحياة اليومية والتحديات الذهنية. وتقليدياً كان علم النفس الارشادي يهتم بكل الجوانب العلاجية والوقائية للصحة العقلية مع التركيز على نقاط قوة العميل. كما إن احترام التنوع والقيم المختلفة عن القيم الشخصية لهو قيمة مركزية لعلم النفس الارشادي، وفي الآونة الأخيرة كانت هناك دعوة للعمل بنشاط نحو العدالة الاجتماعية. ويقدم علماء النفس الارشادي عادة خدمات، أو تدريس، أو الانخراط في البحوث التي تتعلق بالجماعات الاجتماعية التي غالباً ما تعاني من خفض قيمتها، أو توصم بالنقص، أو التهميش في المجتمع.

مفهوم علم النفس الارشادي:

علم النفس الإرشادي هو مجال متخصص من مجالات علم النفس. ويتميز هذا التخصص من حيث موضوعاته بخمسة نقاط هي:

- التركيز على الشخصيات السليمة.
- التركيز على القوة البشرية.
- التركيز على التدخلات القصيرة نسبيا.
- التركيز على تفاعلات الشخص والبيئة.
- التركيز على التعليم والتطوير الوظيفي والبيئات. وفيما يتعلق بالسمات الأساسية فإن علم النفس الاستشاري هو



مجال على مستوى الدكتوراه يدعم بقوة نموذج الباحث العلمي ويولي اهتمامًا وثيقًا بالتنوع البشري.

أهداف علم النفس الارشادي:

- التركيز على الأصول ونقاط القوة، بغض النظر عن مستوى اضطراب العملاء.
- تقديم التدخلات الوقائية والنمائية، بدلاً من التركيز على المشكلات الانفعالية مما يعزز منع حدوث المشاكل وتعزيز النمو.
- تقديم الاستشارات المهنية للعملاء الراغبون في فهم المجالات التي تناسبهم بشكل أفضل، والتشاور حول أفضل طرق الاندماج أنظمة العمل الصحية.
- التركيز على التدخلات القصيرة نسبيا التي يجريها الإخصائي النفسي في الإرشاد لمجموعة واسعة من التدخلات الإرشاد.
- تقديم الاستشارات قصيرة الأمد (جلسات الارشاد والعلاج التي تستمر أقل من ستة أشهر) لتقديم الارشاد المطلوب.
- التركيز على تفاعلات الأشخاص مع بيئاتهم لتبصرتهم بمواضع الازعاج والقلق وبما يحقق التوازن بين الأشخاص نفسياً وبيئياً في إطار نمائي للعلاقات المتعاطفة التي تشجع على استمرار العمل والعطاء.

متخصص الارشاد النفسي:

يؤكد برنامج علم النفس الإرشادي قيمة الدمج بين الممارسة والعلوم في جميع أنحاء تدريب الأخصائي النفسي والارشاد طويل الأمد في المهنة. وتقوم فكرة الارشاد النفسي على فكرة أن المشكلات البشرية هي نتاج التفاعلات المعقدة للتأثيرات

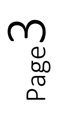


البيولوجية والعوامل البيئية والتغيرات النمائية للشخص. ويمكن للارشاد النفسي التأكيد التنوع والعدالة الاجتماعية في أوسع معانيها ، لتخفيف التوتر وتعزيز الصحة العقلية.

وينادي الارشاد النفسي ببعض المثل والقيم أثناء العملية الارشادية كالتركيز على كرامة وقيمة الأفراد بما في ذلك جنسهم ، أو عرقهم ، أو جنسيتهم ، أو ميولهم ، أو عمرهم ، أو قدراتهم الجسدية أو العقلية، أو معتقداتهم السياسية أو الروحية، أو الطبقة الاجتماعية الاقتصادية، أو غيرها من الهويات.

وهناك تشابه بين العديد من الوظائف منها:

أ. عالم النفس Psychologist هو متخصص في الصحة النفسية مع تدريب في مجال العلوم والبحوث النفسية السريرية لدراسة السلوك البشري. ويكون وجه اهتمامهم علم النفس والعمليات العقلية للبشر، والطرق الفعالة للتعامل مع الأمراض العقلية. ويتلقى علماء النفس باستمرار التعليم المستمر للبقاء على اطلاع على مجموعة متنوعة من الموضوعات والحفاظ على الترخيص. ويخضع لتدريب صارم خلال فترة دراسيه تحت الاشراف لمزاولة المهنة بمفرده. ويلتزم بالعديد من معايير الأخلاقيات الآتية:



- يتطلب منه الحصول على درجة الماجستير في علم النفس كحد أدنى.
- الحصول على ترخيص لمزاولة مهنة العلاج النفسي.
- الالتزام بالمعايير المهنية والسرية كما هو منصوص عليه من قبل مجلس الدولة.



- ❖ المشاركة في العلاج المباشر للمرضى في الممارسة الخاصة.
- ❖ يعمل في الكلية أو الجامعة.
- ❖ يكون قائدًا أو عضو بفريق بحثي بالجامعة أو مؤسسة خاصة.
- ❖ استخدام المنهج السلوكي النفسي لعلاج العملاء.
- ❖ تقييم وإجراء التقييمات السريرية للعملاء لتشخيص الصحة العقلية والأمراض العقلية
- ❖ إصدار أحكام حول أفضل طرق العلاج بناءً على الأبحاث السريرية في هذا المجال.

ب. المعالج Therapist مصطلح يشمل عددًا من التخصصات المختلفة. من عالم النفس إلى المرشد النفسي الاجتماعي المرخص له، ومعالج حالات سوء التوافق الزواجي والأسري. وفي العديد من الدول مصطلح المعالج لا يمكن استخدامه إلا ممن لديهم ترخيص من مجلس دولتهم. ويتسم المعالج النفسي بدرجة أعلى من الاحتراف والأخلاقيات والسرية. وتتصف هذه المهنة بما يلي:

- ❖ تتطلب ترخيص للعمل.
- ❖ استخدام المنهج السلوكي للعلاج.
- ❖ حاصل على درجة ماجستير في علم النفس، أو علم النفس الاكلينيكي، أو العمل الاجتماعي، أو ماجستير الارشاد النفسي أو الدكتوراه في أي منها.



- في بعض الدول التي لا تضع حمايات مهنية للمهنة قانونيًا، فيمكن أن تشمل ذلك مدربي الحياة وغيرهم ممن قد لا يكون لديهم نفس النوع من متطلبات الترخيص والشهادة.

ج. المرشد النفسي Counselor هو مصطلح يشمل كل من المرشد المرخص له (الذي يمكنه أن يحمل لقب المعالج) ومجموعة متنوعة من المهن الأخرى من خلفيات متنوعة مثل المدربين الحياتيين Life couching ممن لديهم تدريب قليل أو بدون تدريب على الإطلاق.

ويشمل مجموعات متنوعة مثل رجال الدين وغيرهم من المرشدين الروحيين. ويمكن لبعض الأفراد الموهوبين القدرة على تحقيق نتائج رائعة، ودرجة عالية من الاحتراف والمعايير الأخلاقية والسرية، فإن عدم وجود تراخيص يزيل الحواجز التي تحول دون الدقة في اتباع الأصح في العلاج والارشاد النفسي.

وقد يكون الرسوم المدفوعة للمرشد النفسي الذي لا يحمل ترخيصاً أرخص. مع التحفظ من الأفراد الذين يحاولون ببساطة الربح على نفقتك الخاصة.

- غالبًا ما يحصل على مصطلحًا جامعًا لكل من الأطباء المرخصين ذوي الدرجات العلمية المتقدمة (الزمالة من الكلية الملكية، أو الجمعيات الدولية المتخصصة في العلاج النفسي).

- يعمل المرشد مع المريض لانتقاء أفضل جلسات التدخل لتقديم النتائج المفضلة.





- ❖ لا يحتاج المرشد إلى نفس درجة التدريب أو الترخيص في الحالتين السابقتين.
- ❖ يستطيع المرشد الوصول إلى مجال أوسع بكثير من النماذج المحتملة لتقديم المشورة.
- ❖ يفتقر المرشد إلى الفهم المتعمق الذي توفره الأبحاث السريرية الموجودة في العلاج وعلم النفس

مفهوم علم النفس الارشادي:

يسعى علماء النفس الارشادي إلى فهم العقل وفحص السلوك البشرى كبيانات خام لاختبار النظريات والفرضيات حول كيفية عمل العقل. منذ افتتح العالم النفسي الألماني فيلهلم فونت أول مختبر نفسي في عام ١٨٧٩. واستمر مجال علم النفس في استخدام المنهج العلمي لمعرفة العلاقة بين العقل والدماغ والسلوك. ويتم التأكيد على الطرق التجريبية في مجال علم النفس الارشادي، وتستمد تدخلات فعالة من الدراسات القائمة على الأدلة التي تستخدم أساليب المراقبة المنهجية والموضوعية.

وهو تخصص في علم النفس المهني الذي يحافظ على التركيز على تسهيل الأداء الشخصي والشخصي عبر مدى الحياة. ويولي التخصص اهتماماً خاصاً للمخاوف العاطفية والاجتماعية والمهنية والتعليمية والصحية والتنموية والتنظيمية. وتشمل ممارسة علم النفس الارشادي مجموعة واسعة من الممارسات الحساسة ثقافيا التي تساعد الناس على تحسين رفاهيتهم، وتخفيف الشدة والشعور بالضعف والانكسار، وحل الأزمات، وزيادة قدرتهم على العمل بشكل أفضل في حياتهم. مع اهتمامها بقضايا



النمو العادية والمشاكل المرتبطة بالاضطرابات الجسدية والعاطفية والعقلية، فإن التخصص يحمل وجهة نظر فريدة في مجالات علم النفس الأوسع نطاقاً.

ويعمل علماء النفس الارشادي على خدمة الأشخاص من جميع الأعمار والخلفيات الثقافية في كل من الإعدادات الفردية والجماعية. كما يتشاورون بانتظام مع المنظمات التي تسعى إلى تعزيز فعاليتها أو رفاه أعضائها. التدخلات التي يستخدمها علماء النفس الارشادي قد تكون إما قصيرة أو طويلة الأجل؛ وهي غالباً ما تكون محددة المشكلة وموجهة نحو الهدف. وتسترشد هذه الأنشطة بفلسفة تقدر الاختلافات والتنوع الفردي والتركيز على التعايش والتكيف على مدى الحياة.

ويعد علم النفس الارشادي التخصص النفسي الذي يشمل البحوث والعمل التطبيقي في عدة مجالات واسعة: عملية الاستشارة والنتائج؛ الإشراف والتدريب؛ التطوير الوظيفي والاستشارة. والوقاية والصحة. وتتضمن بعض الموضوعات الموحّدة بين علماء النفس الاستشاريين التركيز على الأصول ونقاط القوة، والتفاعلات بين الأفراد والبيئة، والتطوير التعليمي والوظيفي، والتفاعلات الوجيزة، والتركيز على الشخصيات السليمة.

وعلى النقيض من نظرائهم السريريين يميل علماء النفس الارشادي إلى العمل مع المرضى الأصحاء ممن لديهم مشاكل نفسية أقل خطورة. ويركز عملهم على القضايا الانفعالية والاجتماعية والجسدية التي تنشأ من ضغوط الحياة المعتادة أو القضايا الأكثر خطورة المرتبطة بالمدرسة أو العمل أو البيئات العائلية. وبالتالي فإن عملهم يركز على العميل ووقايته.



ويركز تدريب الإخصائي النفسي على التشديد على التعددية الثقافية ويقدم تعليماً شاملاً في الجامعات، ومراكز الإرشاد الجامعي، ويخرج معلمين ومشرفين وباحثين. كما توظف العديد من علماء النفس الارشادي في مراكز الصحة العقلية والخدمات الأسرية ومراكز إعادة التأهيل.

ويقدم برنامج علم النفس الارشادي للحصول على اعتماد الجمعية الأمريكية النفسية American Psychological Association (APA) بشكل مستمر منذ عام ١٩٥٣. وهي من أكبر المؤسسات البحثية الاستثنائية والقيادة المهنية النموذجية فهي تنتج الدوريات المبتكرة. وتقدم برامج للدكتوراة لأعضاء هيئة التدريس في برامج أكاديمية معتمدة أخرى APA.

الفروق بين علم النفس الارشادي وعلم النفس المرضي:

إذا كنت تفكر في الحصول على درجة علمية عليا في علم النفس فلديك العديد من الخيارات أمامك، من أي نوع من الدرجات التي تربحها إلى المدرسة التي ستجعل منزلك. واحدة من أهم القرارات الأساسية - ولكن الأكثر أهمية - التي ستتخذها بشأن درجة متقدمة في علم النفس هي نوع علم النفس الذي ترغب في دراسته. في حين أن هناك بعض التداخل بين فروع علم النفس المختلفة، فهناك أيضًا العديد من الاختلافات، وستحدد مجال علم النفس الذي تقرر دراسته مسارك التعليمي والمهني لسنوات قادمة.

كثيرًا ما يصارع الناس لفهم الفرق بين علم النفس الاستشاري وعلم النفس الإكلينيكي. هذا هو السبب في أننا نود وصف ما يفعله علماء النفس الإكلينيكي والارشادي. ويشترك علماء





النفس الإكلينيكي والاستشاري في العديد من الوظائف. وعلى سبيل المثال تقدم كلتا المجموعتين من علماء النفس العلاج النفسي والمشاركة في البحث. إنهم يعملون في أماكن مشابهة، مثل الجامعات ومراكز الإرشاد الجامعي، والعيادات الصحية المجتمعية، والمستشفيات.

ويميل علماء النفس الإكلينيكي إلى العمل مع مرض عقلي خطير. وبعد الحرب العالمية الثانية بدأ علماء النفس الإكلينيكي في علاج الجنود العائدين من الحرب بحثًا عن قضايا مثل اضطراب ما بعد الصدمة - وهو عمل كان سيحتفظ به في السابق لطبيب نفسي.

ويركز علماء النفس الإكلينيكي على مجموعة متنوعة من الأمراض العقلية الخطيرة، بما في ذلك الاضطراب الثنائي القطب، والفصام، والاضطرابات الاكتئابية.

ويتبنى العديد من النظريات في علم النفس السريري (الاكلينيكي) منها الارشاد القائم على الإقناع النفسي والمعرفي السلوكي للتعامل مع العملاء. وغالبًا ما يستخدم علم النفس الإكلينيكي في الاجراءات السريرية مثل المستشفيات وكليات الطب.

اخلاقيات العمل في علم النفس الارشادي:



تختلف التصورات المتعلقة بالسلوكيات الأخلاقية بناءً على الموقع الجغرافي، إلا أن الولايات الأخلاقية متشابهة في جميع أنحاء المجتمع العالمي. يتم إنشاء معايير أخلاقية لمساعدة الممارسين والعملاء والمجتمع على تجنب أي ضرر محتمل أو



احتمال حدوث ضرر. تتركز السلوكيات الأخلاقية القياسية على عدم الإضرار ومنع الضرر.

لا يستطيع المستشارون مشاركة أي معلومات سرية يتم الحصول عليها من خلال عملية الاستشارة دون موافقة كتابية محددة من العميل أو الوصي القانوني باستثناء منع الخطر الواضح والخطير على العميل أو الآخرين، أو عند طلب ذلك بموجب أمر محكمة. كما سيتم إبلاغ شركات التأمين أو البرامج الحكومية ببعض المعلومات حول تشخيصك وعلاجك لتحديد ما إذا كانت رعايتك مغطاة.

يتم تعيين المستشارين إلى مستوى أعلى من معظم المهنيين بسبب العلاقة الحميمة من توصيلهم العلاجي. المستشارون ليسوا فقط لتجنب التآخي مع عملائهم. يجب عليهم تجنب تكوين العلاقات الغرامية، وعدم الانخراط في العلاقات الجنسية. ويجب على المستشارين تجنب تلقي الهدايا أو الخدمات أو التجارة من أجل العلاج. وفي بعض المجتمعات يمكن تجنبها بالنظر إلى الوضع الاقتصادي لهذا المجتمع. وفي حالات الأطفال، الأطفال والمعاقين عقلياً قد يشعرون بأنهم مرفوضون شخصياً. يجب كمستشارين إجراء نداء الحكم، ولكن في غالبية الحالات يمكن الحفاظ على تجنب الهدايا والمصالح والتجارة.

وينص المجلس الوطني للمستشارين المعتمدين على الاعتبارات الهامة لتجنب الاستغلال قبل الدخول في علاقة غير ارشادية مع عميل سابق. وتشمل الاعتبارات الهامة التي سيتم مناقشتها مقدار الوقت منذ انتهاء خدمة المشورة، ومدة تقديم المشورة، والطبيعة، وظروف تقديم المشورة للعميل، واحتمال أن يرغب



العميل في استئناف تقديم المشورة في وقت ما في المستقبل؛ وظروف إنهاء الخدمة والتأثيرات السلبية المحتملة أو النتائج.

خطوات الارشاد في علم النفس الارشادي:

- **تحديد الرسائل المباشرة وإدراجها (الأولاد لا يلعبون بالدمى) والرسائل غير المباشرة للأدوار والاحتكاك بين الجنسين، والتوقعات.**
- **تحديد العواقب المحتملة والفعلية لهذه الرسائل، سواء كانت إيجابية والسلبية.**
- **تحديد الرسائل الخارجية التي قد تتعلق بأخرى داخلية. والتي نستخلص بها المجريات اليومية التي يعاني منها الشخص دون فحص علاقاته والافتراضات الأيديولوجية (لا أستطيع ترك زوجي مع الطفل طوال اليوم).**
- **اتخاذ قرار، وذلك بعد استكشاف إيجابيات وسلبيات تلك الرسائل الداخلية وتحديد الرغبة في الاحتفاظ بها أو التخلص منها.**

وقد تكون الرسائل الداخلية متجذرة بعمق في سياقنا الاجتماعي والثقافي ويتم إنتاجها واستنساخها باستمرار. وقد ترتبط تلك الرسائل ببعض المعتقدات بدرجة قوية بصورة تجعلنا غير راغبين في التخلي عنها، أو ربما لن نكون قادرين على التخلي عنها.

وهنا يجب التركيز على تلك المعتقدات ودراساتها بالصورة التي توضح اسباب الألم النفسي منها، وأسباب التشبث بها رغم عدم منطقيتها في الواقع الحقيقي.



- الانتقال من تحديد الرسائل الداخلية إلى الإقرار أو الوعي أو تحديد خطط التغيير.
- يمكن تنفيذ خطط التغيير للأفكار والمواقف والأدلة والسلوك.

وقد نرغب في التعامل مع العلاقات المتأصلة (الإيجابية والسلبية، المباشرة وغير المباشرة)، بالاعتماد على فهم أكاديمي، والوعي بكيفية تعميم الضبط والسيطرة على جو الجلسة بما يحقق التعايش في غرفة الاستشارات.

ويمكننا وصف القوة القسرية في العلاقات المتأصلة بأنها قدرة الشخص على التلاعب بسلوك الآخرين، وفيما يتعلق بعلم النفس والعلاج، يجب أن يكون هذا واضحًا بذاته. فعلى سبيل المثال زوج يتلاعب بمشاعر زوجته من أجل ابتزازها، أو طفل يتلاعب بمشاعر والديه باستمرار عن طريق تمارضه للتهرب من المدرسة أو مشكلة بعينها.

وتؤثر خلفية علم النفس الارشاد في وجهات نظر علم النفس التقليدية على قوتهم، لأنها تستمد من الأبحاث والمنظورات التي قد لا تستوعب العميل المعني ولكن بالأحرى تتلاءم مع وجهة نظر العالم في علم النفس نفسه. الطاقة المرجعية تعمل عندما يكون هدف التأثير ممتثلاً بسبب الإحساس بالهوية مع العامل المؤثر أو الرغبة في مثل هذا التعريف. وقد تلعب علاقة القوة هذه في العلاج حيث يشعر العميل أنه قد يكون لديه معالج لا يستطيع استيعاب تجربة خاصة به. وهذه التمارين والاستكشافات البسيطة يمكن أن تكون قوية للغاية، بسبب الحاجة إلى كلمة أفضل، وقد تضيء القضايا أو تثير الوعي في الجنس، والنشاط الجنسي الذي قد يظل خامداً. ومع ذلك فإننا



نقترح أن المعالجين يتعرفون على وجهات نظر أكاديمية على السلطة والتفكيك في العلاج ويستخدمون تحليل الدور كأداة الانعكاسية الذاتية قبل استخدامه مع العملاء أو في جلسات المراقبة السريرية.

المهارات الشخصية كمتطلب لمراحل الارشاد:

أولاً: مهارات التحدث:

- إنشاء التواصل البصري بالعين والحفاظ على اتصال العين مع العميل لضمان أن يكون لديك انتباهك.
- التحدث بطريقة واضحة ومباشرة.
- تأكد من أن ما تقوم بتوصيله يتوافق مع الاتصال غير اللفظي من لهجة وحجم الصوت ولغة الجسد.
- اطلب ملاحظاتك للتأكد من استلام الرسالة بدقة من قبل العميل.
- تجنب إغراء العميل وإخباره برأيك عن مشكلته. بل عليك بالتركيز على التعبير عن المشاعر الخاصة عند ظهورها في الحوار (الخوف، الاستياء، التقدير، القلق، إلخ).
- الحذر من التصريحات الزائفة كالاتهامات أو اللوم تحت ستار تصريحات "أنا". على سبيل المثال "أشعر أنك أناني،" أو "أشعر بأنك مرتبك."
- لا تخلط بين عبارات "أشعر..." بعبارات "أشعر بذلك ...". عندما تضيف كلمة "ذلك" ، فإن ما يلي ليس شعوراً بل هو عبارة تحكيمية موجهة عادة إلى الشخص الآخر ويدركها العميل على انها ابتزازاً له لاستجراره للحصول على تفاصيل دقيقة.



- ❖ لا تطرح مشكلات من الماضي في محادثتك الحالية وكن حدد الأحداث والمشاعر والأشخاص موضع الجدال.
- ❖ تجنب تعميم كلمات مثل "دائمًا" أو "أبدًا" لأنها تسبب الارتباك حول ما يتم توصيله. على سبيل المثال عندما تقول "أنت دائمًا تشاهد التلفاز عندما تعود إلى البيت من العمل"، فهل تعني ضمناً وجوب مشاهدته للتلفاز بشكل أقل.
- ❖ حاول أن توصل "ما وراء الشعور". على سبيل المثال قد يقول أحد الشركاء: "أنت لا تأخذ الوقت الكافي لدراسة ما كنت أفعله في العمل، لقد سئمت من ذلك ». فالمشاعر التي يتم توصيلها في هذه التصريحات هي الإحباط والاستياء واللوم. ومع ذلك قد تكون المشاعر الكامنة هي الشعور بالوحدة وعدم التقدير.
- ❖ اسأل واذكر ما تريد ولا تتوقع من العميل أن يعرف بشكل حدسي ما تشعر به أو يحتاج إليه.
- ❖ تغيير بيان الاستياء الخاص بك إلى الطلب. على سبيل المثال "أتردد في تنظيف الاكواب بعد مغادرة الضيوف" يترجم إلى "أريدك أن تساعدني في التنظيف".
- ❖ عند الحديث عن شريك حياتك، اذكر مشاعرك عن شريكك ليس فقط عن حدث أو موقف.
- ❖ تحدث بالتناوب - قم بتقييد رسالتك إلى فكرة رئيسية واحدة مع شرح، ثم دع شريكك (العميل) يرد.
- ❖ إذا كنت تطلب المساعدة فلا تحوط بطلبك بعبارات مثل "أعرف أن هذا يسأل الكثير ..." أو "يؤسفني أن أسألك، ولكن ..." أو "أنا أعرف أن هذا هو آخر شيء تريد القيام به،



ولكن أحتاج ... "فالتحوط يجعل الشخص الآخر يتفاعل بشكل أكثر دفاعية في أذهانهم،".

ثانياً: مهارات الاستماع:

تعتبر من المهارات الهامة لعمليات الارشاد النفسي إذ أنها توفر للعميل مزيد من القوة الداخلية التي تساعده سريعاً للتغلب على مشكلاته، ومكافحة ازماته، وتعطيه تصوراً أروع لصورة الذات وزيادة تقديره لذاته. ومن ثم يحصل العميل على حالة من الاسترخاء والحكمة والحرية في جو مغلق عليه مع اللاوعي مع العقل الباطن لاستدعاء جوانب السلوك التي رآها صارمة وألزمته بطابع معين من التكيف زاد من المشكلة النفسية للعميل. وبهذا فعلى المرشد النفسي أن يوهم على الأقل العميل بأن ما يقال هو موضع اهتمام منه حتى وإن بدى فيه الكذب الصارخ.

ومن مهارات الاستماع ما يلي:

- وجه شريك حياتك والحفاظ على اتصال العين.
- استخدم نبرة صوتك وتعبيرات وجهك وموضعك لتخبر شريكك بأنك تولي اهتمامًا لما يقوله.
- تقر بأنك تستمع إلى شريكك باستخدام إيماءات بسيطة
- إشعار عن اللافتات إذا كان لدى الشخص ما يفكر فيه أكثر من التعبير عن الكلمات. هل صوتهم متردد؟ هل يكافحون للعثور على الكلمات المناسبة؟ هل ترى أي علامات لتوتر الجسم؟ هل تبدو مشتتة؟
- انتظر شريكك لإكمال التفكير دون مقاطعة للتعبير عن أفكارك الخاصة.
- بدلاً من التفكير في حل أو الخروج برأي، ضع نفسك في حذاء شريكك وحاول النظر إلى الموقف من وجهة نظره -



كيف يفكر ويشعر حيال المشكلة. عليك أن تتصل بالمشاعر قبل أن تتمكن من فهم الحقائق.

❖ يعبر الناس عن أنفسهم بشكل مختلف بناءً على خلفيتهم الثقافية، وكيف نشأوا، وأين ولدوا، ونوع الجنس، وأيضًا نوع العمل الذي يقومون به. على سبيل المثال تميل النساء إلى طرح المزيد من الأسئلة الشخصية لإظهار الاهتمام وتشكيل العلاقات، في حين أن الرجال أكثر عرضة للمقاطعة، وتقديم الآراء والاقتراحات، وحقائق الدولة في المحادثات. قد لا يراك الناس في بعض الثقافات بعينك كدليل على الاحترام. من خلال الاعتراف بهذه الاختلافات وقبولها، يمكنك تقليل حالات سوء الفهم والإحباط والاستياء التي تواجهك في تواصلك مع شريكك.

ثالثاً: مهارات الاستجابة:

❖ إذا لم تكن متأكدًا من أنك فهمت الرسالة، اطرح أسئلة وطلب التوضيح. هذه أسئلة "ماذا" و "كيف" وليست "لماذا" الأسئلة حيث أن الأخير يؤدي إلى تحليل وترشيد دون معالجة المشكلة المطروحة.

❖ لا تسأل أي أسئلة بخلاف الأسئلة الخاصة بالتوضيح، خصوصًا الآراء التي يتم حجبها على أنها أسئلة. على سبيل المثال "ألا تعتقد أننا سنستمتع بالذهاب إلى السينما أكثر من العشاء؟"

❖ بعد أن ينتهي العميل من التحدث، لخص ما تقوله مشاعره ورغباته وصراعاته وأفكاره وأعد ذكره. استخدم العبارات التي تبدأ بـ "أنت تقول" أو "أنت تشعر" أو "أنت تفكر". يتم



ذلك دون تحرير أو تحكيم أو تفسير ويساعد على إزالة أي غموض في الرسالة المستلمة.

- لا تعبر عن وجهة نظرك أو رأيك.
- لا تقدم حلولًا لمحاولة حل مشكلة إن وجدت.
- لا تضع معان جديدة أو تصدر أحكامًا بشأن ما قاله العميل.
- إذا لاحظت أن لغة الجسد وكلمات شريكك لا تتطابق، فبلغ ذلك إلى شريكك برفق. على سبيل المثال قد تقول، "عزيزي، اسمعك تقول أنك تريد الذهاب للسينما الليلة، لكنك تبدو متعبا وأنت تتثاءب أثناء حديثك. هل تفضل الذهاب في يوم آخر؟
- إذا شعرت أن المناقشة تنطلق مع تصاعد العواطف، اطلب وقتًا للتفكير في المشكلة والرد عليها لاحقًا. على سبيل المثال قد تقول، "أعتقد أنني أفهم مخاوفك، لكنني أحتاج إلى مزيد من الوقت للتفكير فيها قبل أن أتمكن من الرد." أو "أسمع ما تقوله، لكنني أشعر بالإحباط الشديد للاستجابة الآن. أحتاج إلى معرفة المزيد من المعلومات حول هذا الأمر قبل أن أتمكن من الرد عليك.

بعض الاعتبارات المنهجية في علم النفس الارشادي:

ركز علم النفس الإرشادي منذ أواخر سبعينيات القرن الماضي على تنوع مداخل وأساليب البحث. وأشار بعض البحوث النفسية ابتداءً من أواخر سبعينيات القرن الماضي أن هناك ضغوط متزايدة لدمج أساليب البحث التي تتجاوز "النظرة المدركة" والتي تبدو في استخدامات البحث التجريبي الكمي.

وفي إطار التعدد المنهجي لمداخل دراسة علم النفس الارشادي فهناك تحفظين هما:



- ❖ الأول نابعًا من الفكر المتجدد في جميع التخصصات العلمية، والذي بدى في تزايد استخدام مناهج البحث النوعي، والتي اعتمدت على دراسة الحالة بدون استخدام ادوات مقننة أو كمية كاستخدام الاختبارات الاسقاطية في تحليل النفس البشرية.

وتعتمد هذه الأساليب على البيانات اللفظية أو المرئية بدلاً من البيانات الكمية، ويتم جمع البيانات عن طريق الملاحظة والاستماع إلى ما يفعله العميل وما يقوله، وتقدم النتائج في شكل أوصاف ونظريات لفظية بدلاً من التعبير عنها باستخدام الإحصاءات.

- ❖ و الثاني ينادي باستخدام الأساليب الكمية المتقدمة. الأساليب الإحصائية متعددة المتغيرات التابعة (المتدرجة Multivariate methods) تبدو الآن شائعة مثل الأساليب أحادية المتغير. ومن أبرز تلك الأساليب المستخدمة إحصائياً هي النمذجة السببية والنموذج المعادلة البنائية في دراسة المسببات والنتائج لحدوث المشكلات النفسية.

الفروق بين الارشاد والعلاج:

فيما يتعلق بالتدخلات النفسية psychological interventions فيدرس متخصصو علم النفس الاستشاري نفس العملية العلاجية وأسئلة الناتجة عن جلسات الارشاد التطبيقية الأخرى. أما علم النفس السريري (العلاجي) فيسعى في النتائج من أجل اكتشاف ماهية العلاجات الأكثر فعالية التي يقدمها المعالج للعملاء.



وهناك بعض النظريات العلاجية التي أثرت بشكل كبير علم النفس الارشادي منها على سبيل المثال النظريات المعرفية السلوكية والتجريبية والإنسانية.

ومن الناحية التاريخية فقد كانت نظريات التحليل النفسي أقل جاذبية لعلماء النفس الارشادي، وهذا يرجع إلى أن هذه النظريات تتعارض مع بعض النقاط مثل نقاط القوة، والأصول المسببة لاسترجاع الخبرات المؤلمة، والإيجاز الذي يروغ به العميل في أحاديثه، والتأثيرات البيئية على الحالة النفسية والانفعالية من ضغوط وتوترات تلقيها على عاتق العميل. وهذه النظرة تغيرت سريعاً نظراً لتفوق مدخل التحليل النفسي في وضع اطر نموذجية قائمة على التحليل مما جعلها أكثر جاذبية وهذا يبرره اعتماد بعض متخصصي علم النفس الارشادي إلى الآن على الاختبارات الاسقاطية.



المراجع

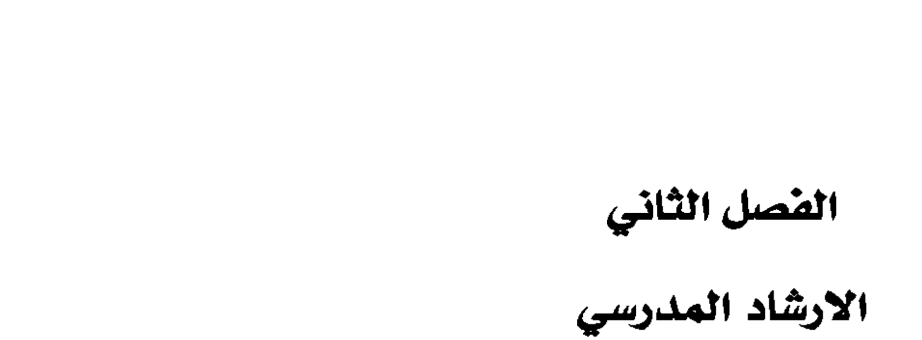
Carmen, S. M. (2013). *Importance of Counselling for Elderly Before Institutionalization. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84, 1630–1633.*

Clark, D., & Loewenthal, D. (2015). Counselling Psychology. In *The Palgrave Handbook of the Psychology of Sexuality and Gender* (pp. 280-299). Palgrave Macmillan, London.

Gelso, C. J. (2001). *Counseling Psychology. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2859–2862*.doi:10.1016/b0-08-043076-7/01354-1

Gelso, C. J. (2015). *Counseling Psychology. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 69–72*.doi:10.1016/b978-0-08-097086-8.21073-8





الفصل الثاني

الارشاد المدرسي

School counseling



الفصل الثاني

الارشاد المدرسي

School counseling

مقدمة:

قبل تواجد أقسام التوجيه والإرشاد بوزارات التربية والتعليم ومدارسها بمختلف مراحلها الدراسية (الابتدائية، الاعدادية، الثانوية) وذلك من أجل تقديم التدخلات اللازمة لتعديل سلوكيات المتعلم، فقد عالج المعلمون في الفصول الدراسية الانضباط في النمو الاجتماعي والانفعالي والنفسي للطلاب.

وقد كانت ماليزيا أولى الدول التي أنشأت مراكز التوجيه والارشاد بعد اعتماد أقسام خاصة بكليات إعداد المعلم عام ١٩٦٣ بأقسام التخطيط والبحوث التربوية. ومن هنا كان الشطرة الاساسية في تقديم خدمات الارشاد بالمدارس الماليزية.

وأصبح تقديم خدمات الارشاد والتوجيه في المدارس الثانوية راسخة ويسيرة إذ يتوفر مرشد واحد على الأقل يعمل بدوام كامل طيلة أيام الأسبوع. ولسوء الحظ فإن الاستشارة النفسية المدرسية تعتمد في الغالب على المدارس، حيث لا يرى المرشد النفسي المدرسي أدوارهم أكثر من مجرد تقديم خدمات محدودة للطلاب.

ولا يزال المجتمع المدرسي ينظر إلى خدمات الارشاد المدرسي على أنها دواء لكل الأمراض الاجتماعية مثل: إدمان المخدرات والجنوح والانضباط في المدارس. ولم تلقى هذه الاستشارات شعبية بين الطلاب من خلال دراسات نفسية قام بها العديد من الباحثون، والتي توصلت إلى أن الطلاب يفضلون طلب المساعدة من



الأصدقاء وأفراد العائلة بدلاً من المرشد النفسي المدرسي في المدارس.

يجب أن تغطي برنامج التوجيه والإرشاد جوانب متعددة مثل: النمو التعليمي والمهني والشخصي والاجتماعي للطلاب. وفي هذا الصدد فقد توصل (2000) Chai إلى أن ١٦٪ فقط من الطلاب استخدموا خدمات الارشاد المدرسي للمشاكل الانفعالية أو النفسية. وأن الطلاب تسعى فقط للحصول على خدمات استشارية لعملهم الدراسي ومشكلاتهم الوظيفية، أو عندما فشل نظام دعمهم الأساسي في مساعدتهم في حل مشاكلهم بشكل فعال.

وأيد (2001) Gysbers & Henderson اللذان اقترحا أن يشمل برنامج المشورة جميع أصحاب المصلحة في التعليم، الحاجة إلى برنامج استشاري أكثر شمولاً وتكاملاً في المدارس من أجل مواجهة التحديات المتعددة الثقافات في نظام المدارس في ماليزيا. وهكذا سعت هذه الدراسة إلى استكشاف خبرات المستشارين في المدارس الثانوية العاملة في نظام خدمات الاستشارة الحالية بهدف اقتراح نموذج لإدماج أصحاب المصلحة والمجتمع في تحسين النظام لصالح التنمية الشاملة للطلاب.

أسباب نقص الفهم والتخبط في الارشاد المدرسي:

كان هناك نقص عام في فهم طبيعة خدمات المشورة بين مديري المدارس والمدرسين. تم النظر إلى خدمات الاستشارة كجزء من النظام التأديبي الذي يعالج الحالات الإشكالية. وبالإضافة إلى القيام بأنشطة المشورة، كان على البعض أيضا أن يلعب دور النظام التأديبي. ومن ثم يتم تكليف بعض المستشارين بمهام عديمة الصلة، مثل فحص طلبات الطلاب، وتصوير المستندات والتقارير المقدمة من وزارة التعليم وتقديمها.



وكما عبر أحد المستشارين عن أسفه، "كل يوم يجب أن أتحقق من زي الطلاب، والتأكد من أنهم يرتدون الروابط وعلامات الأسماء ... كل شيء مثل قضايا الشرطة ومشاكل القتال والمقاصف وحتى مشاكل المرحاض يتم إحالتها إلى المستشار counsellor.

وفي بعض الأحيان يؤلمني رغم أنني لا أمانع. وعلق شخص آخر قائلاً إننا لا نمنح سوى ساعتين لتشغيل برنامج المشورة خلال ساعات الدوام المدرسي، ولكن بعض المعلمين لا يرغبون في منحنا الوقت، فهم يفضلون استخدام تلك الأوقات لأغراض أكاديمية. وبما أنه لم يتم إعطاء أي جدول زمني محدد لجميع المستشارين المتفرغين، فقد اعتبرهم بعض المعلمين وقتًا أكثر استرخاءً مع "عدم الحاجة لفعل أي شيء، والجلوس في غرفة المشورة بكتابة التقارير والتحدث فقط مع الطلاب". وفي بعض المدارس ، كان هناك نقص في التعاون والتفاهم بين المستشارين والمعلم التأديبي. وأدى عدم التعاون من معلمي المدارس إلى زيادة الإحباط لدى بعض مستشاري المدارس الذين اضطروا أيضاً إلى إعداد تقارير للطلاب الذين يعانون من حالات تأديبية على الرغم من أن مدرس الانضباط تعامل في البداية مع الحالات.

وبسبب عدم وجود إجراءات تشغيل واضحة في التعامل مع مشاكل الطلاب، هناك تعارض بين دور المستشار والمعلم التأديبي. على سبيل المثال عندما تكون هناك مشكلة، يتم إرسالها إلى تخصص رئيسي، وعندما لا يتمكن النظام من حلها، فإنه يدفعها إلى تقديم المشورة ... عندما يتعذر على الاستشارات حلها، ثم الضغط مرة أخرى على سيد الانضباط".



وبخلاف عدم التعاون بين المدرسين ومعلمي الصفوف، يواجه بعض مستشاري المدارس أيضًا صعوبات هائلة بسبب نقص الدعم من مدراء المدارس. وبما أن النظام المدرسي الماليزي موجه نحو الفحص، يتم تصنيف المدارس وفقًا للإنجاز الأكاديمي للطلاب. وفي سعيهم لرفع مستوى التحصيل الدراسي للطلاب، ويركز بعض مديري المدارس على العمل الأكاديمي بدلاً من استخدام خدمات الاستشارات. وأدى هذا الفشل في تحقيق الأثر الإيجابي للمشورة في تعزيز نمو الطلاب وتطورهم، بما في ذلك التطوير الأكاديمي، إلى تعيين معلمين غير متدربين في الإرشاد. ومن بين ٨٢ من المستجيبين، كان هناك ١١ (١٣،٦ ٪) غير مؤهلين كمستشارين بعد تم تعيينهم من قبل مديري المدارس لتقديم خدمات المشورة المدرسية.

وعلاوة على ذلك في الإعداد الماليزي للمدرسة هناك أيضًا وصم الطلاب الذين يحضرون الاستشارة. ويتردد الطلاب وأولياء الأمور في طلب خدمات المشورة لأنهم يعتبرون هذه الخدمات فقط للطلاب ذوي المشكلات. وهذا الوصم يسبب قدرا كبيرا من الإحباط لمرشدي المدارس. ويرى بعض المشاركين أن الطلاب كانوا يعتقدون أن الخدمات غير مفيدة، في حين رأى بعض الآباء ذلك بشكل سلبي وكانوا يخشون التعرض للوصم.

ولذلك رفض الآباء التعاون مع المستشارين والحضور عندما يعاني أطفالهم من مشاكل سلوكية، فإنهم يشعرون أننا ضد طفلهم ولا يعتقدون أنه يمكنهم لعب دور في تنمية أطفالهم. وقال مستشار آخر شعر أيضًا بنفس الرأي وشاركه أن بعض الآباء يبدون سوء الفهم هذا بأن عليهم الالتقاء بمستشار المدرسة هو إشكالي



للغاية ... لا فائدة من ذلك دع طفلي يمر فقط بالإجراء التأديبي.

أهداف برامج الارشاد المدرسي:

يركز البرنامج على تحديد مستشارو المدارس المعتقدات الشخصية التي تتناول كيفية استفادة جميع الطلاب من برنامج الإرشاد المدرسي. وبناءً على هذه المعتقدات، ويقوم مستشارو المدارس بإنشاء بيان رؤية يحدد ما سيكون عليه المستقبل من حيث نتائج الطلاب. بالإضافة إلى ذلك يقوم مستشارو المدارس بإعداد بيان مهمة يتماشى مع مهمة مدرستهم ويطورون أهداف البرنامج التي تحدد كيفية قياس الرؤية والمهمة على النحو التالي:

أ. تحديد كفايات الطلاب Competencies Student: تعزيز عملية التعلم لجميع الطلاب لنجاح الطلاب توجيه تطوير برامج المشورة المدرسية الفعالة حول ثلاثة مجالات: التطوير الأكاديمي والمهني والاجتماعي والانفعالي. كما ينظر مستشارو المدارس أيضًا في كيفية تكامل معايير الطلاب الأخرى المهمة لمبادرات الولاية والمقاطعات وإبلاغ برنامج الإرشاد المدرسي الخاص بهم.

ب. تعزيز الكفايات المهنية Competencies Professional: تحدد كفاءات المستشار التي تضمن تزويد المستشارين المدرسيين بالمتطلبات اللازمة للمهنة. وتحدد المعايير الأخلاقية لمرشدي المدارس ومبادئ السلوك الأخلاقي الضرورية للحفاظ على أعلى معايير النزاهة والقيادة والكفاءة المهنية. فهم يوجهون عملية اتخاذ القرار في



مستشاري المدارس ويساعدون على توحيد الممارسة المهنية من أجل حماية كل من الطلاب ومرشدي المدارس.

أنواع خدمات الارشاد المدرسي المقدمة للطالب:

يقدم مستشارو المدارس الخدمات للطلاب والآباء وموظفي المدارس والمجتمع في المجالات التالية:

أ. **الخدمات المباشرة مع الطلاب** Direct Services with Students: **الخدمات المباشرة هي التفاعلات الشخصية بين مستشاري المدارس والطلاب وتتضمن ما يلي:**

- ❖ **الارشاد للمناهج الدراسية المتعارف عليها بالمدرسة** School Counseling Core Curriculum: **يتكون هذا المنهج من دروس منظمة مصممة لمساعدة الطلاب على تحقيق الكفاءات المطلوبة وتزويد جميع الطلاب بالمعرفة والمواقف والمهارات المناسبة لمستواهم التنموي. يتم تقديم المناهج الدراسية الأساسية للإرشاد المدرسي في جميع المناهج الدراسية الشاملة للمدرسة ، ويتم تقديمها بشكل منتظم من قبل المستشارين المدرسيين بالتعاون مع معلمين محترفين آخرين في الفصل الدراسي والأنشطة الجماعية من مرحلة رياض الأطفال وحتى الصف الثالث الثانوي.**

- ❖ **التخطيط الفردي للطلاب** Individual Student Planning: **يقوم مستشارو المدارس بتنسيق الأنشطة النظامية المستمرة المصممة لمساعدة الطلاب في تحديد الأهداف الشخصية وتطوير الخطط المستقبلية.**



❖ **الخدمات الاستجابية Responsive Services**: الخدمات سريعة الاستجابة هي أنشطة مصممة لتلبية احتياجات الطلاب واهتماماتهم الفورية. وتتضمن الاستجابة الاستشارات في المجالات الفردية أو المجموعات الصغيرة أو الاستجابة للأزمات.

ب. الخدمات غير المباشرة للطلاب Indirect Services for Students: يتم تقديم الخدمات غير المباشرة نيابةً عن الطلاب نتيجة تفاعلات مستشاري المدارس مع الآخرين، بما في ذلك الإحالات للحصول على مساعدة إضافية والتشاور والتعاون مع أولياء الأمور والمعلمين والمعلمين الآخرين ومنظمات المجتمع.

المرشد النفسي المدرسي:

مستشارو المدارس هم مرخصون معتمدون مرخصون بدرجة لا تقل عن درجة الماجستير في الإرشاد المدرسي، مما يجعلهم مؤهلين تأهيلاً فريداً للتعامل مع جميع احتياجات الطلاب الأكاديمية والمهنية والاجتماعية والانفعالية والعاطفية من خلال تصميم وتنفيذ وتقييم وتعزيز برنامج شامل لتقديم المشورة المدرسية ويعزز نجاح الطلاب. يعمل مستشارو المدارس في المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية والثانوية. وفي المناصب الإشرافية للمناطق ومواقف التعليم الارشادية.

يقدم مستشارو المدارس المشورة الفردية لمساعدة الطلاب على حل المشكلات الشخصية أو الشخصية. كما يمكنهم تقديم استشارات جماعية صغيرة لمساعدة الطلاب على تحسين مهارات الاستماع والمهارات الاجتماعية وتعلم التعاطف مع الآخرين والعثور على الدعم الاجتماعي من خلال علاقات صحية بين



الأقران. بالنسبة للطلاب غير القادرين على الوصول إلى خدمات الصحة العقلية ، يقدم مستشارو المدارس الدعم بدون تكلفة. كما يقدم مستشارو المدارس الدعم لموظفي المدرسة من خلال المساعدة في تقنيات إدارة الفصل وتطوير البرامج لتحسين الصحة النفسية أو السلامة المدرسية. وقد يتدخل المستشارون أيضًا في بيئة تعلم معطّلة.ويقوم مستشارو المدارس بإنشاء برامج إرشاد مدرسية شاملة تركز على نتائج الطلاب، وتعلم كفاءات الطلاب ويتم تقديمها بالكفاءات المهنية المحددة.

ويجب أن يقوم مستشارو المدارس بإكمال درجة الماجستير كحد أدنى في الإرشاد المدرسي، أو علم النفس، أو العمل الاجتماعي والحصول على شهادة أو تصديق أو ترخيص لمزاولة المهنة. وقد يتطلب ذلك إجراء اختبار شامل وساعات التدريب التي تلقاها الدخول لتقديم المشورة الخاضعة للإشراف. في العديد من الحالات، سيحتاج المستشارون إلى إكمال تدريب داخلي أو تدريب عملي، كما تتطلب بعض الولايات خبرة تعليمية سابقة.

وفي أوروبا وأمريكا يطلب من مستشاري المدارس تجديد ترخيصهم كل ثلاث إلى خمس سنوات. يعتمد هذا الجدول الزمني على متطلبات الولاية التي يعملون فيها. ولتجديد الترخيص يخضع المستشار للالتحاق فصول التعليم المستمر أو دورات التطوير المهني ضرورية بشكل عام. وتطلب العديد من الولايات من المدارس الحكومية تقديم خدمات المشورة المدرسية، ويتم تمويل هذه البرامج على مستوى الولاية أو المستوى المحلي. توصي جمعية المستشار المدرسي الأمريكي The American School Counselor Association (ASCA) نسبة



مستشار الارشاد المدرسي لكل طالب تبلغ ١ إلى كل ٢٥٠ طالب وطالبة.

إختصاصات مستشار الارشاد المدرسي:

يعمل مستشار المدرسة في المدارس الابتدائية والاعدادية والمدارس الثانوية لتوفير الوصول الأكاديمي والمهني والكلية القدرة على تحمل التكاليف أو القبول، والكفاءات الاجتماعية الانفعالية لجميع الطلاب من خلال برنامج الإرشاد المدرسي. ويفضل حصول المستشارين المدرسيين في معظم البلدان على درجة الماجستير على الأقل في الإرشاد المدرسي، وفيما يلي بعض الأدوار لمستشار الارشاد المدرسي:

أ. مستشار الطلاب Students Counsel: يعتبر الطلاب الاستشاريون أحد المسؤوليات الأساسية للمستشار المدرسي. تشير الأبحاث إلى أن المستشارين يقضون ما لا يقل عن ٨٠٪ من وقتهم في خدمة الطلاب بشكل مباشر أو غير مباشر، وتتألف غالبية هذه الفترة من استشارات مباشرة. ويستخدم مستشارو المدارس المعلومات التي تعلموها من خلال التعليم الرسمي، مثل ماجستير الآداب في الإرشاد. والهدف الرئيس لبرامج الإرشاد المدرسي هو تقديم المشورة الفردية أو الجماعية لطلاب المدارس. وقد تساعد هذه المشورة الطلاب على التغلب على المشكلات السلوكية وتحسين مهاراتهم في إدارة الوقت والمهارات التنظيمية، وتحديد الأهداف الأكاديمية، وحل المشكلات الشخصية مع الطلاب الآخرين، أو العمل من خلال المشكلات الشخصية. كما قد يساعد مستشارو المدارس الذين يعملون في المدارس الثانوية الطلاب في وضع أهداف وظيفية لهم، وضمان أن



تساعدهم فصولهم في تحقيق هذه الأهداف، وتحديد فرص المساعدة المالية المحتملة.

ب. التواصل مع المعلمين وأولياء الأمور Liaise with Teachers and Parents: لا يعمل مستشارو المدارس مع الطلاب وحدهم. وفي بعض الحالات قد يكون من الضروري إشراك معلم أو أولياء أمور الطالب في عملية الاستشارة. وقد ينسق المستشارون مع المدرسين لتطوير استراتيجيات لمساعدة طالب يعاني من صعوبات في التعلم. قد يجتمع المستشار أيضًا مع والدي الطفل لمناقشة الطرق التي يمكن أن تساعد في تسهيل التعلم في المنزل وتعظيم نتائج التعلم. يمكن لمرشدي المدارس أيضًا الاتصال بالمعلمين وأولياء الأمور في الحالات المتعلقة بالطلاب الذين يعانون من مشاكل في الصحة العقلية أو الذين يعانون من مشاكل سلوكية غير مرغوبة.

ج. التدخل المبكر Early intervention: يتلقى مستشارو المدرسة التدريب حول صعوبات التعلم والمخاوف النفسية التي تظهر عادة في الأطفال والمراهقين. كما يمكنهم توفير إحالات وتوصيات وتعليم للآباء حول مخاوف الصحة العقلية.

د. إحالة الطلاب إلى المراكز الخارجية Refer Students to External Agencies: في بعض الحالات تكون المشاكل التي يراها المستشارون في المدارس أكبر من أن تتعامل معها على مستوى المدرسة. ويحيل مستشار المدرسة الطلاب إلى وكالات اختصاصية مجهزة للتعامل مع مخاوف الطلاب. وقد يعطي مستشار المدرسة بعض التغذية الراجعة للأباء عن



طفلهم في حين حاجة هذا الطفل أو المراهق للفحص النفسي. وبموجب قوانين رعاية الطفل، ويجب على مستشار المدرسة أيضًا الإبلاغ عن حوادث إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم للسلطات المعنية.

ه. المشاركة في لجان دعم الطلاب ودعم التعلم Participate in Student Welfare and Learning Support Committees: يُعد مستشارو المدارس جزءًا لا يتجزأ من لجان دعم الطلاب للتعليم والرعاية الاجتماعية. ويتشارك مستشارو الارشاد المدرسي معلومات الطلاب الذين يشعرون بالقلق مع أعضاء اللجان الآخرين من أجل تطوير وتنسيق وتقييم المبادرات التي تعزز رفاهية الطلاب وتحسن معايير التعلم.

و. تقييم وتحسين برنامج الإرشاد Evaluate and Improve the Counseling Program: يجب أن يسعى مستشارو المدارس لجعل برنامج الإرشاد في مدرستهم أفضل ما يمكن أن يكون. ويقع على عاتق مستشار المدرسة مسؤولية إلقاء نظرة فاحصة على ممارسات الاستشارة الحالية وتحديد المجالات التي يمكن تحسينها. بعد ذلك يجب على المستشارين أخذ توصياتهم مع مجلس المدرسة أو مدير المدرسة وحملة للتغييرات التي ستفيد جميع الموظفين والطلاب وأفراد أسرهم.

ز. خدمات الاحتياجات الخاصة Special needs services: غالباً ما يساعد المستشارون الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة على الاندماج في الفصول الدراسية وقد يشرفون



على البرامج التي تتناول متطلبات الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة أو صعوبات التعلم.

ح. تقديم تعليمات حول القضايا النفسية والاجتماعية Providing instruction on psychological and social issues: قد يقوم مستشارو المدارس بتدريس دروس التربية الجنسية، أو تقديم معلومات للطلاب حول التنمر، أو تقديم ندوات حول مهارات الدراسة.

أدوات التقييم في ارشاد المدرسي:

يعتمد مستشارو الارشاد المدرسي بالمدارس على تقييمات وأدوات محددة بوضوح وتعكس احتياجات المدرسة. وتشمل التقييمات والأدوات على النحو التالي:

أ. تقييمات برنامج ارشادي مدرسي للتقييم الذاتي لمجالات القوة والتحسين للمهارات الفردية وأنشطة البرنامج.

ب. استخدام تقييم الوقت لتحديد مقدار الوقت الذي يقضيه نحو ٨٠٪ أو أكثر من وقت مستشار المدرسة للخدمات المباشرة وغير المباشرة مع الطلاب.

ج. الاتفاقيات السنوية التي تم تطويرها مع المسؤولين والموافقة عليها في بداية العام الدراسي والتي تتناول كيفية تنظيم برنامج الإرشاد المدرسي وما هي الأهداف التي سيتم إنجازها.

د. مجالس استشارية مكونة من الطلاب وأولياء الأمور والمعلمين ومرشدي المدارس والإداريين وأعضاء المجتمع لمراجعة وتقديم توصيات حول أنشطة ونتائج برامج الإرشاد المدرسي.



ه. استخدام البيانات لقياس نتائج البرنامج بالإضافة إلى تعزيز التغيير النظامي داخل النظام المدرسي بحيث يكون كل طالب متخرج من الكلية ومستعدًا للعمل.

و. خطط عمل للمناهج الدراسية، والمجموعات الصغيرة لتقليل الفجوة في أنشطة التطوير والوقاية والتدخل والخدمات التي تقيس كفاءات الطلاب المرغوبة وقياس التأثير على الإنجاز والسلوك والحضور.

ز. التقويمات السنوية والأسبوعية لإبقاء الطلاب والآباء والمعلمين والإداريين على اطلاع وتشجيع المشاركة الفعالة في برنامج الإرشاد المدرسي.

دور المرشد النفسي المدرسي في القضايا المتصلة بالصحة العقلية لطلاب المدرسة:

تؤثر حالات الصحة العقلية الخطيرة القابلة للتشخيص على ٢١٪ من أطفال المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين ٩ و ١٧ عامًا، ولكن ٢٠٪ فقط من هؤلاء الأطفال يحصلون على تشخيص وتلقي العلاج في أي عام. بينما قد يشك مستشارو المدارس بوجود صعوبات تعلم أو ظروف أخرى مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD، فهم غير مرخصين لتشخيص أو وصف الدواء. بعض المدارس لديها أطباء نفسيون في المدارس، ومع ذلك يستطيع هؤلاء المهنيين وصف الأدوية للطلاب، على الرغم من ضرورة الحصول على إذن الوالدين.

عندما يشك مستشار الارشاد المدرسي بوجود مشكلة في التعلم أو السلوك أو الصحة العقلية؛ فإنه عادة ما يقدم إحالة إلى أخصائي في المجتمع. يمكن تشخيص صعوبات التعلم من قبل



المدرسة أو علماء النفس التربوي أو علم النفس العصبي، ويتم تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بشكل عام من قبل الأطباء النفسيين، والأطباء، أو علماء النفس السريري في الممارسة الخاصة.

مميزات وعيوب الارشاد النفسي المدرسي:

يعتبر الارشاد النفسي المدرسي مهنة متداخلة مع دور الأباء والأمهات. إذ يساعد الآباء والأمهات المرشد في جمع المعلومات التي تصف المشكلات المدرسية، ويتناولها المرشد النفسي المدرسي بشيء من السرية والاعتبارات الأخلاقية والخصوصية في فهم عملية الاستشارة بشكل أفضل وبالتالي دعمها. وتعتبر السرية Confidentiality هي مصدر قلق كبير في الإرشاد المدرسي. يفشل الآباء في فهم أو إنكار المشكلات التي يكشف عنها الأطفال في جلسة الاستشارة النفسية المدرسية؛ وبالأخص إذا كانت تلك المشكلات تختص فيما بينها بالجوانب الأخلاقية كالاعتداء أو التحرش الجنسي بالزملاء داخل الصف المدرسي على سبيل المثال (Auger, 2006). هذا قد ينعكس على أداء الطالب أو التلميذ في سلوكيات إيذاء النفس أو الصعوبات الاجتماعية (Brooks, Fiedler, Waddington, & Zink, 2011).

وإذا وجد قيود لغوية لدى التلميذ الطفل وكانت خبرة المرشد النفسي المدرسي عالية يكون احتمالية حدوث تقدم في معالجة الطفل وتخطي العقبات خصوصاً في حالات العلاقات التي تتمتع بالدفء الأسري لدى الطفل مع الوالدين.

ويقترح Auger (2006) عملية من أربع مراحل يمكن من خلالها التواصل مع أولياء الأمور. ويتم تحويل العميل الطفل (التلميذ)



إلى المرشد النفسي المدرسي. وتشتمل الجلسة على الأهل لتحسين البيئة الأسرية كنظام لدعم العميل. ويساعد العميل التابع بطرق مختلفة في طرح القضايا المختلفة مثل القضايا الأكاديمية، والاكتئاب، وتأخر النمو، وسوء المعاملة، والقضايا الشخصية الأخرى (Gerrard, 2008).

التأثيرات السالبة لتلقي الوالدين عن سوء الحالة المدرسية والنفسية عن أبنائهم:

تلقي الوالدين بأي نوع من الأخبار الصعبة أمر مثير للقلق، ويمكن أن يكون مصدر للفجيعة أو الأذى النفسي للوالدين نتيجة اختلاف توقعاتهم عن أبنائهم. ويشير سماع الأخبار السيئة أخبار تغيّر بشكل كبير وسلبي وجهة نظر الوالدين نحو توقعات مستقبل أنجالهم. وتثير هذه الأخبار السيئة ردود فعل سلبية عميقة. ويسبب تلقي أخبار صعبة عن طفل واحد أنهياراً أو تدميراً للكيان النفسي لأحد الوالدين بشكل خاص (Auger, 2006; DeBlasio, Real, Ollberding & Klein, 2019).

وتنتج بعض الحيل الدفاعية غير الناضجة للوالدين مثل الإسقاط والإنكار، فقد يتجنب الطبيب أو المرشد النفسي ويخفض عواطفه وانفعالاته المهينة والمؤلمة مؤقتًا، لكنه (١) يقلل من قدرته على دمج جميع جوانب موقف معين، (٢) ضعف تقارب المرشد مع المريض، (٣) يفشل في تلبية احتياجات المريض مما يؤدي إلى تعقيد علاقته مع المريض عاجلاً أم آجلاً؛ وبالتالي يزيد من إجهاده. بالإضافة إلى ذلك يكون الموقف الدفاعي حقًا وقائيًا، وتساهم على المدى الطويل في الاضطرابات النفسية والاضطرابات (Stiefel & Krenz, 2013).



وتشمل ردود الفعل الأولية على الغضب والصدمة والحزن واللوم الذاتي، وجلد الذات (Heiman, 2002). وهذه الاستجابات السلبية المكثفة لتلقي الأخبار السيئة تحدث عندما يسمع بعض الآباء أخبارًا تبدو مقلقة للغاية عن معاناة طفلهم من إعاقة شديدة (Isenberg-Grzeda & Ellis, 2019). ويلجأ العديد من الآباء إلى الأصدقاء أو أفراد الأسرة للمساعدة في التعامل مع الأخبار الصعبة. وقد تكون ردود الفعل من الأصدقاء أو أفراد الأسرة داعمة. وقد يكون للأصدقاء وأفراد الأسرة ردود أفعال حزينه تزيد من ضغط الوالدين بدلاً من تخفيفه (Auger, 2006).

المبادىء التوجيهية واستراتيجيات الإبلاغ عن سوء حالة الابناء لوالديهم:

يتكون الاجتماع (الحوار العلاجي) الذي يتم خلاله تبادل الأخبار الصعبة مع أولياء الأمور من مرحلتين: (أ) تقديم المعلومات الصعبة، و (ب) إشراك أولياء الأمور في حوار علاجي حول المعلومات. وهناك بعض الأشياء يمكن للمرشد النفسي المدرسي عقد بالاجتماعات لزيادة فرص النجاح في تقديم الخدمات الأرشادية ومتابعة المهام التي ترقى بمستوى الطفل النفسي أو الاجتماعي وترجعه إلى الحالة الطبيعية التي كان عليها (Loughland, Ditton-Phare & Kissane, 2019).

وتقدم الأخبار الصعبة أو المقلقة للآباء على أربع مراحل رئيسية: (أ) الإعداد، (ب) تقديم الأخبار، (ج) إشراك الوالدين في حوار علاجي، و (د) المتابعة. ويمكن طرح الشرح النظري لكل مرحلة من المراحل الأربعة على النحو التالي (Auger, 2006):

أ. **الاعداد أو التهيئة للإبلاغ عن الأخبار السيئة Preparation for Delivering Difficult News:** تعتبر



عملية نقل الأخبار هو جعل الوالدين على تمهيد واستعداد لمحادثة مثمرة. وتتمثل المشكلة الرئيسية في عملية التهيئة والاستعداد في تحديد مقدار المعلومات التي يجب مشاركتها مع أولياء الأمور قبل الاجتماع مع الطفل. وكذلك كيفية توصيل هذه المعلومات. أحد الأسئلة المهمة هو ما إذا كان ينبغي ذكر الأخبار السيئة بوضوح عند دعوة الوالدين لحضور الاجتماع. فإذا كان المرشد النفسي المدرسي بحاجة إلى للحديث مع الأباء بشأن الدرجات الفاشلة لابنهم. فما هي المعلومات الأكثر ضرورة التي تفي بالغرض أثناء المقابلة مع الوالدين؟ وتتم هذه المرحلة بإحدى الطريقتين وهما:

- أولاً من الأفضل مشاركة المعلومات الصعبة شخصيًا.
- ثانياً يجب على المرشد النفسي المدرسي تجنب الايحاء للوالدين بحجب بعض المعلومات.

ويطلب الآباء معلومات محددة قبل الاجتماع وجهاً لوجه مع أبنائهم عن طبيعة مشكلاتهم النفسية أو الأكاديمية. وإذا كان الوالدان يريدون معلومات أكثر تحديداً حول طبيعة المخاوف التي تساورهم. ويجب أن يكون المرشد النفسي المدرسي على استعداد لسرد بعض التفاصيل بقدر ما يرضي الوالدين. وتتطلب عملية الإعداد تحديد من يجب أن يكون في الاجتماع وطبيعة القرارات المراد اتخاذها بشأن أبنائهم.

ويتضمن الاجتماع فئات من المشاركين كمعلم مادة معينة أو مدير المدرسة أو الاخصائي الاجتماعي، ما لم توجد أسباب مقنعة لعدم القيام بذلك. وينبغي تشجيع الوالدين على



الحضور. ويجب على المرشد النفسي المدرسي العلم بأن الوالد هو أكثر الناس مقاومة لحضور مثل هذه الاجتماعات من الأمهات.

ونظرًا لأن سماع الأخبار السيئة يمكن أن يكون أمرًا مثيراً للقلق، فيجب تشجيع أحد الوالدين المقاوم لحضور الاجتماعات، وطبيعة العلاقة بين هذا الوالد المقاوم وبين ابنه المريض الذين يميلون إلى كونه حساسًا أو غير حساس لمشاعر الوالدين في هذه الأنواع من الاجتماعات. كما إن الدخول في اجتماع مهم مع عدد كبير من المعلمين والإداريين يبدو مخيفًا للآباء وقد يؤدي إلى نتائج عكسية.

ويحدد المرشد النفسي المدرسي من هو أفضل شخص لتقديم الأخبار الصعبة بالفعل. ويفضل أن يكون هناك شخص واحد مسؤول لنقل هذه الأخبار مثل المرشد النفسي المدرسي، أو المدير أو المدرس أو موظف في المدرسة. ويجب أن يتعارف جميع المهنيين قبل انعقاد الاجتماع قبل تداول الأخبار الصعبة، حتى لا يوجد أي لبس خلال الاجتماع. وقد يتكامل الأشخاص كي تنقل المعلومات، على أن يكونوا على دراية بمعلومات واستنتاجات زملائهم.

ويجهز المرشد النفسي المدرسي البيئة المادية التي سينعقد بها الاجتماع بحيث توفر الراحة والخصوصية؛ وتساعد على التكتم، وتتجنب ترتيب الجلوس بحيث يكون الآباء على جانب واحد من الطاولة وعدد من المهنيين على الجانب الآخر. ويمكن تعديل هذا الترتيب من خلال اختيار الجلوس على زاوية من الطاولة من أولياء الأمور. ويتم تحديد وقت كافٍ للاجتماع لطرح الأسئلة.



ب. تقديم الأخبار الصعبة Delivering Difficult News: ويتم بطريقة مفيدة للوالدين من خلال معرفة ما يعرفه الوالدان عن الموقف ونقل ما ينقصهم من المعلومات إليهم. وتنعكس الأخبار السيئة تغيّر كبير وسلبي نظرة إلى مستقبل أطفالهم، ويصعب على المرشد النفسي المدرسي الحكم على درجة الضيق الناتج عن الأخبار التي يقدمونها لأولياء الأمور ما لم يعرفوا كيف يرى الآباء أطفالهم والوضع الحالي. وقد يدرك أحد الوالدين جيدًا أن طفلها يكافح أكاديميًا، وعندما يسمع أن طفلها سجل بشكل سيء في امتحان الالتحاق بالكلية.

ويتوفر لأي الوالدين أحلام في رؤية طفله يلتحق بمدرسة ما، وقد يتعرض لنفس الأخبار السيئة. أسئلة مثل "ماذا تعرف عن تقدم ابنك في المدرسة في هذا الفصل الدراسي؟" و "هل لديك مخاوف بشأن عما ستسمعه في هذا الاجتماع؟" وهذا يتطب تقديم الأخبار على مراحل متفاوتة لأن الحقيقة ستكون صعبة الاستصاغة.

وبالإضافة إلى تحديد مدى تباين الأخبار بالنسبة للآباء، ومن المفيد أيضًا تحديد مستوى التفاصيل التي يرغبون في تضمينها عند سماع الأخبار. على سبيل المثال ، إذا كانت الأخبار مبنية على نتائج الاختبارات ، فسيفضل بعض الآباء سماع مراجعة مفصلة لكل منطقة محددة من النقاط والاكتتاب، في حين أن الآباء الآخرين يريدون ببساطة سماع الاستنتاجات والتوصيات.

ويطرح المرشد أسئلة مثل "هل تفضل أن تسمع عن هذه النتائج بالتفصيل، أو هل يجب أن أركز فقط على الصورة الكبيرة؟" من أجل تحديد مدى الدقة عند تسليم الأخبار. وبمجرد أن يكون



لدى المرشد النفسي المدرسي ما يعرفه الوالدان عن حالة الطفل ، فإن الطريقة الجيدة للمضي قدماً هي تعزيز أجزاء فهم الآباء الصحيحة. ويوفر هذا للآباء إحساسًا بأن المرشد النفسي المدرسي قد استمع إلى وصفهم للوضع ويحترم نظرتهم للطفل.

وبعد المواءمة مع أولياء الأمور، ويعالج المرشد فهم الآباء غير الصحيح ببطء وبرفق خصوصاً إذا بدت المعلومات المراد تقديمها جديدة جدًا للوالدين. ويتعرف المرشد على هذا من خلال الإشارات التحذيرية مثل "بعض ما أحتاج أن أخبرك أنه سيكون معلومات جديدة، وقد تكون مقلقة".

ويجب إتاحة الفرصة للوالدين لاستيعاب الأخبار وزيادة فرص سماعهم بدقة واسترجاع المعلومات. وتشير الأبحاث الطبية أن الأخبار السيئة صعب تذكرها، وإذا حدث يذكر الفرد نصف ما قيل له من معلومات. ويجب التأكد من فهم الوالدين باستمرار لما قيل خلال المحادثة. ومدى رغبة الأهل في الحصول على مزيد من المعلومات حول طفلهم، ويجب تقديم المعلومات بشكل واضح ومباشر؛ مع مراعاة مقاومة الآباء لشعورهم بالغضب والإحباط عندما يشعرون أن العاملين بالمدرسة يحجبون المعلومات ويستخدمون لغة مهذبة ولكن مراوغة.

واستخدام إحدى الطرق للتأكد من أن الآباء يسمعون الرسالة بدقة هي مطالبتهم بمشاركة فهمهم للمعلومات التي سمعوها للتو. وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب هام إلا أنه يجب توخي الحذر عند استخدام المصطلحات العلمية التي قد لا يفهمها الأباء مثل ADHD والذي يشير إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط والحركة.



وعلى المرشد استخدام اللغة تناسب عامة الناس من أولياء الأمور، ودعوة الآباء إلى طرح أسئلة حول أي كلمات غير واضحة، والتأكد من وضوح المعلومات المقدمة، حتى يتسنى للأباء الوصول لمستويات عالية من الرضا والتقبل ويصغي جيداً ولا يبدو متوتراً أو قلقًا. ومن ثم يصبح الأباء أكثر استعدادًا لقبول الرسائل الصعبة من المهنيين إذا كانوا يؤمنون بالمستوى الأساسي بأن المهنيين يحبون طفلهم.

ج. ردود افعال أولياء الأمور على الأنباء السيئة عن أبنائهم Parents' Responses to Difficult News: مجموعة ردود الفعل التي قد يتعرض لها الآباء عند تلقي الأخبار الصعبة واسعة للغاية. يجب على مستشاري المدارس الذين يقدمون أخبارًا صعبة إلى الآباء ألا يفترضوا أن الآباء سيكون لديهم نوع معين من رد الفعل على سماع الأخبار السيئة أو الحكم على صحة أو مدى ملاءمة الردود التي تثيرها الأخبار الصعبة من الآباء. من الأفضل أن ينصح المحترفون بتوقعات قليلة حول كيفية استجابة الآباء للأخبار الصعبة.

وقد يكون لبعض الآباء رد فعل إيجابي على سماع الأخبار بما يفيد المرشد في الاسترسال في الحديث. وتساعد الأخبار في تزويد الأباء على فهم أفضل لما يحدث وما يجب القيام به للمساعدة. ولكن بعد تلقي الأخبار الصعبة؛ يشعر الآباء بالضيق والإحباط والارتباك.

وبغض النظر عن طبيعة رد فعل الأباء، فينبغي تشجيع الآباء على التعبير عن مشاعرهم بشأن الأخبار التي سمعوها للتو، وبعدها يستجيب المرشد لتلك المشاعر بتعاطف. ويجب على المرشد



إظهار التعاطف في هذه المواقف لمساعدة الوالدين على الشعور بالتحسن. وتعد الحالة الذي يعترف حقاً بمخاوف الوالدين ومخاوفهم أكثر فاعلية بكثير، في حين لا توجد ردود محددة بوضوح للاستجابة على مختلف أنواع ردود الفعل الوالدية الناجمة عنسماع الأخبار الصعبة.

ويمكن سرد العديد من الإرشادات العامة لمساعدة المرشد النفسي المدرسي وصولاً لأفضل طريقة للاستجابة لتلك التفاعلات وهي على النحو التالي:

❖ **الاستجابة للغضب الأبوي أو الإستثارة Responding to parental anger or agitation:**

- الخطوة الأولى في إدارة الموقف الصعب هي أولاً إدارة نفسه. ويسعى المرشد لمواجهة غضب الوالدين حتى إلتزام الهدوء ومراقبة ردود الفعل الغاضبة على أنها قناع للخوف والضيق.
- ثانياً من خلال سماع أولياء الأمور، والتعرف ما إذا كان سبب الغضب هو الخوف السمعة الخاطئة أو التشوهات المعرفية الناجمة عما سمعونه.

وعلى المرشد الإبلاغ عن المعلومات الصعبة بصوت هادئ وبتعاطف. وإذا اختلف الوالدان مع كل أو جزء من المعلومات التي سمعوها، فيصدر المرشد الاستجابات الأولية للتعاطف مع موقف الأباء. وبمجرد حل الخلاف يمكن للأباء والمهنيين اتخاذ قرار مشترك بشأن الإجراءات اللازمة للتدخل كجمع مزيد من المعلومات أو الاجتماع مرة أخرى في وقت لاحق.



- الــرد علــى تنــاقض المعتقــدات Responding to disbelief: يســتجيب الآبــاء للأخبــار الصــعبة مــن خــلال القــول ببســاطة أنهــم لا يصــدقونها. ويتجنــب المرشــد النفســي المدرســي الشــعور بالــدفاع أو الاعتــداء، وإدراك الانكــار للأخبــار غيــر المتوقعــة والمزعجــة. كمــا إن العبــارات التعاطفيــة مثــل "يجــب أن يكــون مــن الصــعب تخيــل أن ابنتــك تعــاني مــن إعاقــة عنــدما يبــدو أنهــا تتطور بشكل طبيعي لك".

- الاســتجابة للصــدمة Responding to shock: الصــدمة ليســت عاطفــة، بــل هــي غيــاب الانفعــال المناســب للتعبيــر عــن الموقــف، ممــا يعكــس عــدم قــدرة الوالــدين علــى فهــم الأخبــار المتناقضــة عــن توقعــات الوالــدين. ويتعــرض متلقــي الأخبــار الصــعبة خلــل عقلانــي وانفعــالي، وعــاني الأبــاء مشــكلة فــي معالجــة وتــذكر المعلومــات الصــعبة عاطفيــاً. أو يحــاول الوالدوالــدين قمــع مثــل تلــك الأحــداث فــي اللاشــعور، إلا أنــه لــم يلبثــوا أن يفشــلوا فــي هــذا، وتــنجم الصــدمة نتيجــة عــدم القــدرة علــى إنكــار تلك الأمور الصعبة.

- الاســـــتجابة لـــدموع الوالـــدين وضـــيقهم الانفعـــالي Responding to parental tears and distress: يســتجيب الآبــاء بشــكل متكــرر للأخبــار الصــعبة عــن أطفــالهم بالاجهــاش فــي البكــاء، خاصــةً إذا كــان قــد يشــعر بصــعوبة الحالــة التــي مــر بهــا طفلهــم وعنــد تهديــد الأمــان للطفــل. ويمكــن للمرشــد النفســي المدرســي الاســتجابة لموقــف الآبــاء بعــدة طــرق وقــد تتضــمن هــذه



الاستجابات تقديم منديل، والاقتراب أكثر من الوالد المنكوب، وربما لمس الوالد بلطف على الذراع، ومن الممكن أن يسيء الآباء فهم جزء من المعلومات ويتفاعلون بناءً على صورة مشوهة للوضع. إذا شعر الوالدان بالحزن فيجب أن يحاول المرشد النفسي المدرسي على تهدئة الوالدان حتى نهاية الاجتماع.

د. استراتيجيات المتابعة Strategies Follow-Up: لم تنته وظيفة المرشد النفسي المدرسي عند طرح المعلومات على الوالدين. بل عليه أيضاً أن يترك لهم الفرصة للرد على هذه المعلومات. ويمكن للمرشد النفسي المدرسي مساعدة أولياء الأمور في العثور على سبب للشعور بمستوى مقبول من الأمل من خلال تقديم خطط إيجابية تبعث على الأمل وتحسين مسار الطفل في المستقبل. ويجبعلى تجنب فكرة عدم القدرة عى فعل شيء لتحسين الوضع. ومن المفيد إعطاء الوالدين معلومات حول الخدمات والموارد المناسبة لهذا التصحيح لمسار حية الطفل، ومساعدة الآباء على مقاومة العزلة ومساعدتهم على استخدام لغة موحدة مع الطفل مشاركة لتخطي صعوباته.

ويسمح في هذه المرحلة للأباء باستمرار بفرص طرح الأسئلة خلال الاجتماع. ويفضل بقاء المرشد النفسي المدرسي مع أولياء الأمور عقب الاجتماع لمساعدتهم على معالجة التجربة في بيئة أكثر استرخاء وحميمية. وذلك لتقديم عرض لترتيب اجتماع تالي لمساعدة الوالدين في الوصول إلى مزيد من التفاهم مع المعلومات. وهناك استراتيجية بديلة تتمثل في قيام المرشد النفسي المدرسي بإجراء مكالمة هاتفية للمتابعة مع أولياء



الأمور في اليوم التالي للاجتماع لمعرفة كيفية قيام الوالدين بالأخبار وتقديم للإجابة على أي أسئلة نشأت.

وأخيرًا يجب على المرشد النفسي المدرسي إدراك أن تبادل المعلومات عن سوء حالات أبنائهم من الأمور المسببة للتنافر الوجداني والصراع النفسي للوالدين ومن الأمور التي تستنزفهم عاطفيًا. ويجب أن يكون المرشد النفسي المدرسي على درجة من الحكمة للتحقق من ردود أفعالهم للتأكد من استعدادهم للطالب أو الوالد القادم. وغالبًا ما يكون من الضروري أخذ استراحة قصيرة لاستعادة الهدوء قبل الاستمرار في اليوم.



المراجع

American School Counselor Association ASCA. (2016). Ethical standards for school counselors (pp. 1–4). Alexandria: American School Counselor Association.

Auger, R. (2006). Delivering difficult news to parents: Guidelines for school counselors. Professional School Counseling, 10(2), 139–145

Barbosa, M., Del Piccolo, L., & Barbosa, A. (2019). Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient education and counseling*.

Baylor, C., Burns, M., McDonough, K., Mach, H., & Yorkston, K. (2019). Teaching Medical Students Skills for Effective Communication With Patients Who Have Communication Disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1-10.

Bowers, J., & Hatch, P. A. (2005). *The ASCA national model: A framework for school counseling programs*. American School Counselor Association, 1101 King Street, Suite 625, Alexandria, VA 22314.

Brooks, B., Fiedler, K., Waddington, J., & Zink, K. (2011). Minors' rights to confidentiality, when parents want to know: An ethical scenario. American Counseling Association, 1–11

Chai, M. S. (2000). Fears of psychological treatment and attitudes toward seeking professional help among students. Unpublished Master Thesis, University Putra Malaysia.



DeBlasio, D., Real, F. J., Ollberding, N. J., & Klein, M. D. (2019). Provision of Parent Feedback via the Communication Assessment Tool: Does It Improve Resident Communication Skills?. *Academic pediatrics*, *19*(2), 152-156.

Gerrard, B. (2008). School-based family counseling: Overview, trends, and recommendations for the future research. International journal for school-based family counseling, 1(1), 1–30.

Gibson, R., Till, A., & Adshead, G. (2019). Psychotherapeutic leadership and containment in psychiatry. *BJPsych Advances*, *25*(2), 133-141.

Grainger, C. (2019). Effective Communication Skills. *Learning to Care E-Book: The Nurse Associate*, 83.

Gysbers, N. C., & Henderson, P. (2001). Comprehensive guidance and counselling programs: A rich history and a bright future. Professional School Counselling, l4, 246–256.

Hatzenbuhler, N. J., & Klein, J. E. (2019). Educational Preparation for Clinical Practice: Reflections of Newly Graduated RNs. *Nurse Educator*, *44*(2), 93-97.

Isenberg-Grzeda, E., & Ellis, J. (2019). Communication in cancer. *Current opinion in supportive and palliative care*, *13*(1), 31-32.

Loughland, C., Ditton-Phare, P., & Kissane, D. W. (2019). Communication and Relational Skills in Medicine. In *Person Centered Approach to Recovery in Medicine* (pp. 163-176). Springer, Cham.

Low, S. K., Kok, J. K., & Lee, M. N. (2013). A holistic approach to school-based counselling and guidance

services in Malaysia. *School Psychology International*, *34*(2), 190-201.

McFarlin, J. M., & Barclay, J. S. (2019). Communicating Effectively. In *Neuropalliative Care* (pp. 151-160). Springer, Cham.

Ochs, M., Mestre, D., De Montcheuil, G., Pergandi, J. M., Saubesty, J., Lombardo, E., & Blache, P. (2019). Training doctors' social skills to break bad news: evaluation of the impact of virtual environment displays on the sense of presence. *Journal on Multimodal User Interfaces*, *13*(1), 41-51.

Rogers, C. (2019). Consulting to doctors in general practice. *Group Analysis: Working with Staff, Teams and Organizations*.

Shapiro, S. A., Smith, C. G., Arthurs, J. R., & Master, Z. (2019). Preparing regenerative therapies for clinical application: proposals for responsible translation.

Stiefel, F., & Krenz, S. (2013). Psychological challenges for the oncology clinician who has to break bad news. In *New challenges in communication with cancer patients* (pp. 51-62). Springer, Boston, MA.

Wake Forest university. (2019). 5 Responsibilities of the School Counselor. Retrieved from: https://counseling.online.wfu.edu/blog/5-responsibilities-of-the-school-counselor/

الفصل الثالث

الارشاد الشخصي

Interpersonal counseling (IPC)



الفصل الثالث

الارشاد الشخصي

Interpersonal counseling (IPC)

مقدمة:

تنبع المشورة الشخصية من العلاج النفسي الشخصي ولكنها أكثر إيجازًا في عدد الدورات ومدتها وهي مناسبة بشكل خاص لإعداد الرعاية الأولية. في حين أن الاكتئاب والأعراض النفسية الأخرى ليست بالضرورة هي المسبب لحدوث المشاكل بين الأشخاص، فإنها تحدث في سياق اجتماعي وشخصي. وترتبط مجالات المشاكل عادة بظهور الاكتئاب هي الحزن الذي لم يتم حلها، والنزاعات بين الأشخاص، وانتقال الدور والعجز بين الأشخاص مثل العزلة الاجتماعية.

وأثبت (1994) Waldner & Pfeifer أن الارشاد الشخصي IPC من الاكتئاب فعالية عالية في دراسة مقارنة بين الطرائق العلاجية لعلاج الاكتئاب. وهو يعكس البحوث المعاصرة على المسببات وعلم تصنيف الأمراض من اضطرابات الاكتئاب ويتناول مفهوم الارشاد الشخصي تكامل جوانب الضعف البيولوجي للاكتئاب مع السياق النفسي الاجتماعي للشخص. وكذلك النظر إلى العلاقات الاجتماعية المضطربة وعواقب الاضطرابات الاكتئابية. ويهدف الارشاد الشخصي إلى تقليل الأعراض الاكتئابية وتحسين الأداء الشخصي. ويؤكد التشخيص المنظم للاكتئاب من أجل مساعدة المريض على فهم حالته بشكل أفضل. ثم ترتبط الأعراض بسياقه الشخصي. وتتعامل جلسات العلاج مع أربعة مجالات مشكلة: الحزن على الخسارة، والنزاعات



بين الأشخاص، وتحولات الأدوار، والعجز بين الأشخاص. ويعتمد التدخل العلاجي جزء لا يتجزأ من الإجراء العلاجي.

يتم الحصول على الارشاد الشخصي كنسخة أكثر وضوحًا وتنظيماً أثبتت فعاليتها في مجموعة متنوعة من السكان، بما في ذلك مرضى الرعاية الأولية الخارجيين الذين يعانون مرضى طبيا كبار السن الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر، والمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية يعانون من صدمة بدنية كبيرة، النساء المصابات بسرطان الثدي، الرجال المصابين بسرطان البروستاتا وشركائهم الداعمين، والمرضى الذين يعانون من تضخم عضلة القلب مؤخراً، والنساء بعد الإجهاض. ويقدم الارشاد الشخصي بشكل فعال من قبل مقدمي الخدمات الصحية المدربين الذين ليسوا متخصصين في الصحة العقلية مثل ممارسي التمريض والأطباء (Matsuzaka, Wainberg, Pala, Hoffmann, Coimbra, Braga & Mello, 2017).

مفهوم الارشاد الشخصي:

يدمج نموذج الارشاد الشخصي بين النظرية الترابطية، والأفكار المنبثقة من النتائج البحثية التي تتعلق بالضغوط النفسية، والدعم الاجتماعي اللازم وذلك لإبراز العوامل الموقفية أو السياقية التي يعتقد أنها تعجل أو تسهم في حدوث اضطرابات نفسية للمرء.

وتتم معالجة الأفراد باستخدام الارشاد الشخصي عن طريق علاج مشكلة مركزية يعاني منها المرء في حياته الخاصة، أو أزمة حالية أو مأزق يعطل مساره النفسي في التوافق أو التأقلم مع متغيرات بيئته التي ينتمي إليها، مما يزيد من توترات العلاقات بينه وبين الأشخاص. ويسعى الارشاد الشخصي إلى تفعيل العديد



مـن آليـات التغييـر بـين الأشـخاص. وتشـمل هـذه الآليـات مـا يلـي (Lipsitz & Markowitz, 2013):

- تعزيـز الـدعم الاجتمـاعي فعلـى سـبيل المثـال تـوزج شـاب مـن فتـاة يرفضـها أحـد والديـه أو كلاهمـا، نتيجـة انقطـاع سـبل التفـاهم بـين الشـاب ووالديـه ممـا يتسـبب فـي عـزوف والديـه عـن التعامل معه أو مقاطعته.

- خفـض التـوتر بـين الأشـخاص ويطلـق عليهـا بلغتنـا الدراجـه مصـطلح إصـلاح ذات البـين، وتـتم عـن طريـق الوصـول إلـى أرضـية مشـتركة يتفـق عليهـا كـلا الأطـراف المتنازعـة والتـي عـزف كلاهمـا عـن الوصـول إليهـا إمـا اسـتكباراً أو العـدول عـن بعـض الأحـلام أو مـا حـدث كـان مهـدداً للأمـن النفسـي لأحـد الطرفين مما انعكس بالسلب على صورة الذات.

- تسـهيل المعالجـة العاطفيـة أو الانفعاليـة ... فعلـى سـبيل المثـال ظهـرت علـى الشاشـات برنـامج يـدعى "المسـامح كـريم" للإعلامـي المعـروف جـورج قرداحـي والـذي يسـلط الضـوء علـى مشـكلة حياتيـه سـببت انقطـاع العلاقـات بسـبب تشـوه انفعـالي حـدث ربمـا لعـدم توقـع تصـرف معـين، أدى للعـدول عـن التسـامح في حق معين.

- تحسـين مهـارات التعامـل مـع الآخـرين ... وفـي ضـوء المثـال السـابق فكانـت تـتم بالبرنـامج تسـليط الضـوء علـى الرابطـة التـي تجمـع كـلا طرفـي الخصـام وتسـليط الضـوء علـى قـوة العلاقـات بينهمـا وتسـليط الضـوء علـى الـوازع الـديني والضـمير وعلـى ضـعف الضـحية ومعانـاة الشخصـية التـي اعتبـرت مذنبـة ممـا يسـبب التسـامح وتقتـر المسـافات مـرة أخـرى والتسـامح عمـا اقترف في حق الآخر من مصائب.



والارشاد الشخصي في علم النفس يشير إلى علاج نفسي داعم قصير الأمد يركز على العلاقة بين التفاعلات بين الأشخاص وتطور الأعراض النفسية للشخص. وتقع المشكلة بين الأشخاص في واحدة من أربع فئات مشتقة تجريبياً: الحزن، رد فعل حزين تعقيداً بعد وفاة أحد الأحباء، مع صعوبة في إعادة العلاقات الشخصية بين الأشخاص في غياب المتوفى؛ انتقال الدور، تغيير كبير في الحياة غير مستقر (مرض، ولادة طفل، تقاعد)؛ نزاع الأدوار، نزاع أو علني أو سري، في علاقة مهمة (مع الزوج أو الزوجة أو الوالد أو رئيسه)؛ أو العجز الشخصي، العزلة الاجتماعية (Wurm, Robertson & Rushton, 2008).

وعرفه Weissman, Hankerson, Scorza, Olfson, Verdeli, Shea & Wainberg (2014) بأنه عبارة عن علاج مختصر قائم على الأدلة لتقييم وتثبيت المريض الذين يعاني من أعراض الاكتئاب لمستويات الرعاية المناسبة.

وإنها تملأ الفجوة بين الفرز وإحالة المرضى الذي يحتاج إلى رعاية أكثر استدامة، مع تقديم الدعم وتحديد الموارد وتوضيح المحفزات النفسية الاجتماعية التي ربما تكون قد تسببت في الإصابة بالاكتئاب. ونظرًا لأن أعراض الاكتئاب تكون في الغالب تفاعلًا عابرًا مع الضغوط الحياتية، فإن العديد من المرضى لا يحتاجون إلى علاج مستمر، وستضمحل الأعراض بعد ٣ إلى ٥ (أو حتى أقل) من الجلسات. وقد يحتاج مرضى آخرون إلى انتظار يقظ، وقد يتطلب عدد قليل منهم إجراء علاج مستمر بالتدخل الدوائي، أو العلاج النفسي على المدى الطويل أو كليهما كي يتسنى عملية التعافي من الأعراض الاكتئابية ... وعادة لا يستخدم التدخل الدوائي مع المراهقين.



أنواع الاكتئاب:

أ. **الاكتئاب المزمن Major Depression**: قد تسمع الطبيب الذي يطلق عليه هذا اضطراب اكتئابي كبير major depressive disorder. قد يكون لديك هذا النوع إذا كنت تشعر بالاكتئاب معظم الوقت لمعظم أيام الأسبوع. ومن العلامات المميزة لهذا الاضطراب هي:

- فقدان الاهتمام أو المتعة في كافة نشاطاتك.
- فقد الوزن.
- صعوبات النوم أو الشعور بالنعاس أثناء النهار.
- مشاعر الاضطراب والقلق أو البطء والتباطؤ الجسدي والعقلي.
- الشعور بالتعب وفقد الحماسة في كافة الأعمال.
- الشعور بالذنب وعدم القيمة.
- مشكلات الانتباه والتركيز وصعوبت اتخاذ القرارات.
- خواطر الانتحار.

وإذا توفر لديك خمسة أو أكثر من هذه الأعراض في معظم الأيام لمدة أسبوعين أو أكثر يمكن أن يشخص الطبيب في ضوئها أن المريض يعاني من الاكتئاب المزمن. يجب أن يكون واحد من الأعراض على الأقل مزاجًا كئيبًا أو فقدانًا للاهتمام في الأنشطة.

ب. **اضطراب الاكتئاب المستمر Persistent Depressive Disorder**: إذا كان لديك اكتئاب يستمر لمدة عامين أو



أكثر، عندئذ يطلق عليه اضطراب اكتئابي مستمر. ويستخدم هذا المصطلح لوصف الحالتين المعروفتين سابقاً باسم "dysthymia" (الاكتئاب المستمر المنخفض الدرجة) والاكتئاب الشديد المزمن. وهنا يتوفر العديد من الاعراض التالية:

- ❖ تغير الشهية (عدم تناول ما يكفي من الطعام أو الافراط في تناول الطعام).
- ❖ النوم الكثير أو القليل جداً.
- ❖ نقص الطاقة أو الشعور بالتعب المستمر.
- ❖ تدني احترام الفرد وتقديره لذاته.
- ❖ مشكلات التركيز والتخبط في اتخاذ القرارات.
- ❖ الشعور باليأس.

ويتم تخطي الفرد لتلك الأعراض الاكتئابية بالعلاج النفسي أو الدواء أو مزيج من الاثنين.

ج. الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder: يعاني الشخص المصاب باضطراب ثنائي القطب، والذي يطلق عليه أحيانًا "اكتئاب هوسي"، ويعاني المريض من نوبات مزاجية تتراوح من أقصى درجات الطاقة مع مزاج "مرتفع" إلى فترات "اكتئاب" منخفضة ... ويطلق عليها في علم النفس الالكتروني متلازمة التناقض الانفعالي Emotional paradox والتي تتراوح بين حالة انفعالية سارة تؤدي بالمرء إلى نشر منشورات سعيدة ومبهجة بشبكات التواصل



الاجتماعي ثم عادة ما تنتهي في غضون عشرون دقيقة إلى منشورات أكثر تشاؤماً واكتئاباً.

عندما يعاني المرء في المرحلة المتدنية انفعالياً low phase ستتكون لديه أعراضاً للإكتئاب الشديد. ويمكن للتدخل الدوائي القدرة على السيطرة على تلك التقلبات المزاجية؛ سواء أكانت في فترة عالية أو منخفضة، وقد يقترح الطبيب مركبات الليثيوم لتحقيق استقرار المزاج.

ولا ينصح عادة بمضادات الاكتئاب التقليدية دائمًا كعلاجات أولية للاكتئاب ثنائي القطب لأنه لا يوجد دليل أمبيريقي من الدراسات على أن هذه العقاقير مفيدة أكثر من العلاج الوهمي Placebo-treatment (كحبوب السكر) في علاج الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب.

وبالنسبة للأشخاص التي تعاني من اضطراب ثنائي القطب، فقد تزيد تناولهم لبعض مضادات الاكتئاب التقليدية من خطر التسبب في مرحلة "عالية" من المرض، أو تسريع وتيرة حدوث المزيد من الحلقات بمرور الوقت.

د. **الاضطرابات الانفعالية الموسمية Seasonal Affective Disorder**: الاضطراب الانفعالي الموسمي هو فترة من الاكتئاب الشديد الذي يحدث غالبًا خلال أشهر الشتاء، عندما تكون الأيام قصيرة، وتحصل على ضوء الشمس أقل وأقل. وعادة ما تختفي في الربيع والصيف. و يمكن أن تساعد مضادات الاكتئاب. لذلك يمكن للعلاج بالضوء. ستحتاج إلى الجلوس أمام صندوق إضاءة خاص لمدة ١٥ إلى ٣٠ دقيقة كل يوم ... وقد يحدث أيضاً لسكان بعض الدول



التي يظهر فيها الليل لعدة أشهر دون نهار مما قد يؤدي بالأفراد لنوبات اكتئابية موسمية.

ه. **الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression**: يعتبر الاكتئاب الذهاني حالة متدرجة من الاكتئاب الشديد ويتشابه مع أعراض الاكتئاب الشديد إلا أنه ثمة أعراض مميزة ذهانية psychotic مثل:

- **الهلوسة Hallucinations**: رؤية أو سماع أشياء غير موجودة ... وهذا يبدو في مرور أو سير المرء في أماكن نائية أو معزولة أو مروره في الغابات فقد يتخيل من شدة الخوف أن حثيث قدم أحدهم تتبعه. أو أن أحد يتلصص عليه أو يطارده في هذا الظلام الدامس ... وقد يدعو الأمر لتخيل بعض الأشياء أو سماع بعض الأصوات التي لم توجد فعلياً.
- **الأوهام Delusions**: تصديق معتقدات خاطئة.
- **جنون العظمة Paranoia**: اعتقاد خاطيء بأن الآخرين يحاولون إيذائه ... ويتعامل مع الأمر بتحري كل شيء بنظرية المؤامرة في أن أحدهم يتلصص عليه ليفتك به أو ليتخلص منه.

وتستخدم مزيج من الأدوية المضادة للاكتئاب والذهان لعلاج الاكتئاب الذهاني. ويفضل العلاج بالصدمات الكهربائية إذ أنها تعيد تغيير النشاط الكهربي المخي مما يمحي بعض الذكريات والهلاوس التي يتخيلها الفرد أو يلتزم بها في سيناريوهات حياته اليومية.



و. **اكتئاب ما بعد الولادة Peripartum (Postpartum) Depression**: قد تعاني النساء اللواتي عانين من اكتئاب حاد في الأسابيع والأشهر التالية للولادة من الاكتئاب الحاد. وتساعد العقاقير المضادة للاكتئاب في علاج الاكتئاب الشديد الذي لا علاقة له بالولادة.

ز. **اكتئاب ما قبل الطمث والحيض Premenstrual Dysphoric Disorder**: تعاني النساء المصابات بهذا النوع من الاكتئاب في بداية فترة الطمث والحيض. ويتصف ذوي هذا الاكتئاب من هذه الاعراض:

- ❖ تقلب المزاج.
- ❖ التهيج الانفعالي.
- ❖ القلق والتوتر المستمر.
- ❖ صعوبة التركيز والانتباه.
- ❖ حالة شديدة من الإعياء.
- ❖ التغيير في عادات الشهية والنوم.
- ❖ مشاعر القهر overwhelmed.

ح. **الاكتئاب الموقفي Situational Depression**: هذا ليس مصطلح مهني في الطب النفسي. ويشير إلى الحالات التي يصبح فيها المزاج مكتئب عند مواجهة مشكلة في إدارة حدث مرهق في حياتك مثل الموت أحد أفراد عائلتك أو الطلاق أو فقدان وظيفتك. وقد يطلق عليها متلازمة الاستجابة للضغط النفسي stress response syndrome.





ويمكن أن يساعدك العلاج النفسي في كثير من الأحيان على اجتياز فترة من الاكتئاب مرتبطة بموقف مجهّد.

ط.الاكتئاب غير النمطي Atypical Depression: هذا النوع يختلف عن الحزن المستمر للاكتئاب. فإذا كنت تعاني من الاكتئاب غير النمطي فهذا يؤدي إلى تحسين مزاجك مؤقتًا. وهناك العديد من الاعراض المميزة التالية:

- ❖ زيادة الشهية.
- ❖ النوم أكثر من المعتاد.
- ❖ الشعور بالثقل في الذراعين والساقين.
- ❖ الحساسية الزائدة للنقد.

ويمكن أن تؤثر الاضطرابات الاكتئابية على جميع جوانب أداء المرء وغالباً ما ترتبط بضعف نفسي اجتماعي كبير. وهنا يكون رد الفعل بالأعراض السابقة هي بمجرد حيلة دفاعية يحاول بها الفرد إقناع نفسه التوافق مع المشكلة ونواحيها إلا أنها قد تنعكس في أحلامه بالكوابيس أو تنعكس في ذلات اللسان بأن يستمر الفرد في سرد تفاصيل موقف متأزم مر به لكل من يقابله من الغرباء. وقد يبالغ الفرد لا شعورياً في هذه الأعراض بشعوره الدائم باضطهاد الآخرين أو لاتآمر عليهم إذا لم يجد من يصدقه.

وعززت الدراسات النفسية والطب النفسي نتائج الدراسات فعالية العلاج النفسي قصير المدى لأعراض الإكتئاب. إذ يساعد العلاج النفسي قصير المدى المرضى البالغين الذين يعانون من اضطراب اكتئابي مزمن. بينما يرى (1994) Jarrett & John-Rush, أن



الإرشاد الشخصي أوقع وأدق في علاج الاكتئاب عن العلاج السلوكي، أو العلاج المعرفي.

مجالات الارشاد الشخصي:

يعتمد الارشاد الشخصي على الفرضية القائلة بأن الاضطرابات المستمرة في العلاقات بين الأشخاص تؤدي إلى تتابع اضطراب المزاج. ويساعد الارشاد الشحصي المرضى على تحليل أنماط العلاقات الشخصية الخاصة للمرء، وتعكس طبيعة علاقاته الحالة المزاجية له ومن ثم فهو يوفر سبل للتواصل الأفضل التي ينتهجها المراهق من أجل حل الصعوبات والمعضلات في العلاقات بين الأشخاص.

وتعزز مهارات التواصل من الحالة المزاجية للفرد وتتحسن معاناته من أعراض الاكتئاب. وتوجد أربعة مجالات للارشاد الشخصي على النحو التالي (Rahioui, Blecha, Bottai, Depuy, Jacquesy, Kochman & Ghachem, 2015):

أ. الحزن (علاقة شخصية وثيقة ومهمة قد ماتت).

ب. نزاعات بين الأشخاص (نزاعات مع أشخاص مهمين مثل الزوج أو أحد أفراد العائلة المقربين).

ت. انتقال الدور (مهم) التغيرات الحياتية مثل التقاعد، أو الأبوة أو المرض المزمن أو الباطل).

ث. العجز بين الأشخاص (المرضى الذين لديهم اتصالات اجتماعية محدودة وعدد قليل من العلاقات بين الأشخاص).

الارشاد الشخصي وعلاقته بعلاج الاكتئاب:



يعد الارشاد الشخصي أحدث ما توصل إليه العلم في العلاج النفسي بين الأشخاص من الاكتئاب. بما أن الارشاد الشخصي هو شكل علاجي موحد وفعال واقتصادي، فمن المتوقع أن تكتسب الارشاد الشخصي أهمية متزايدة في ألمانيا في مجال الطب والعلاج النفسي. يمكن تعلمها من قبل المعالجين النفسيين ذوي الخبرة. وبغض النظر عن توجههم النفسي في برنامج موحد في وقت قصير نسبياً.

والارشاد الشخصي هو علاج نفسي قصير المدى تم تصميمه خصيصًا لعلاج الاكتئاب في نهاية الستينيات. وهو يبنى الارشاد الشخصي على ملاحظة أن الاضطرابات الاكتئابية تحدث عادة في سياق نفسي واجتماعي. التركيز على هذا الإجراء العلاج النفسي هو بالتالي على التعامل مع الصراعات النفسية والاجتماعية بين المرضى (Schramm & Berger, 1994). ويعتبر الارشاد الشخصي هو شكل مختصر من العلاج النفسي وضع بصورة خاصة لعلاج الاكتئاب ويبنى على كتابات Klerman & Weissmann (1987).

وعادة ما تبرز فعاليات الارشاد الشخصي سريعاً على المراهقين خصوصاً في مرحلة المراهقة المتوسطة أي الأقل من عمر ١٨ عاماً وبدون أي تدخل دوائي يكون العلاج بسيطاً وقد ثبت هذا من نتائج استخدام الارشاد الشخصي على عينات متعددة الثقافات كما في دراسة Morris (2012). وأكد Mufson, Moreau, Weissman, Wickramaratne, Martin & Samoilov (1994) عدم صلاحية التدخل الدوائي لعلاج اكتئاب المراهقين إذ أنه يعمل على تثبيط امتصاص السيروتونين. كما أضاف Schramm



(1994) Berger & أن الارشاد الشخصي صالحاً للمشكلات الاجتماعية المسببة للصراعات الضاغطة.

في حين ثبت فعالية التدخل الدوائي مع الارشاد الشخصي على البالغين المصابين بالاكتئاب ويتطلب علاجه سنوات إذ يتطلب علاجه مراقبة مستمرة (Moreau, Mufson, Weissman & Klerman, 1991).

ومن بين أشكال العلاج النفسي تدخلات الارشاد الشخصي اقصير المدى لعلاج الاكتئاب. ويتكون جلسات الارشاد الشخصي من ١٦ إلى ٢٠ جلسة. والارشاد الشخصي هو واحد من أكثر الطرق المعروفة والممارسة السريرية. كما تم دراسة أثر الارشاد الشخصي في مجموعة متنوعة من الدراسات التي تثبت فعاليتها. ويستند الارشاد الشخصي على أفكار المدرسة الشخصية للطب النفسي. الفرضية هي أن الأمراض النفسية وهنا الكآبة تتطور في سياق شخصي. وقد تسهم مشكلات الحياة في ظهور الاكتئاب. ومن خلال تعزيز أداء الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب باستخدام الارشاد الشخصي انطفئت أعراض الاكتئاب ويساعد على حل مشاكل الحياة الحالية كهدف مزدوج للعلاج (Grüttert, Huchzermeier & Aldenhoff, 2002).

وأثبتت الدراسات أن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الأحادي القطب المتكرر، كان وقت البقاء بدون نوبة جديدة من الاكتئاب الشديد بعد التوقف عن تناول الدواء مرتبطًا بشكل كبير وإيجابي بالاستمرار في العلاج النفسي الشخصي. ولتحديد ما إذا كانت الفوائد الوقائية من جلسات شهرية من العلاج الشخصي هي وظيفة من سمات محددة للتدخل، درسنا مساهمة جودة جلسات العلاج الشخصي لطول فترة البئر في هذه التجربة



الصيانة لمدة ٣ سنوات. وقيمت جلسات العلاج على خصوصية ومدى تأثير التدخلات بين الأشخاص. فقد أشار Frank, Kupfer, Wagner, McEachran & Comes (1991) عند تحليل هذه التقييمات إلى أن العلاج النفسي الذي كان أكثر خصوصية بين الأشخاص كان مرتبطًا بوقت بقاء متزايد بشكل كبير. كان للمرضى الذين كانت جلسات علاجهم أعلى من المتوسط على خصوصية العلاج الشخصي زمن بقاء متوسط ما يقرب من عامين، في حين أن متوسط العمر أقل من المتوسط كان أقل من ٥ أشهر. استنتجنا أنه عندما يكون المريض والمعالج قادرين على الحفاظ على مستوى عالٍ من التركيز بين الأشخاص، فإن الجلسات الشهرية للعلاج الشخصي لها فائدة وقائية كبيرة.

وأكد Mufson & Sills (2006) أن الارشاد الشخصي هو علاج نفسي للمراهقين مدعوم تجريبياً للمراهقين المصابين بالاكتئاب من غير المصابين ثنائي القطب وغير المصابين بالذهان. والارشاد الشخصي يقوم على الأدلة ثبت فعاليتها عند نقلها من بيئة طبية سريرية إلى بيئة مجتمعية (العيادات الصحية المدرسية) وتطبيقها من قبل أطباء المجتمع.

وغالباً ما يطلب الآباء والأمهات بدلاً من المراهق التشاور مع المعالج النفسي. ويستفيد المراهق من العلاج. وتعد المرحلة الأولية قريبة جداً بالنسبة للمراهق عنه للبالغين؛ ولكن يجب على المعالج أن يكون حذراً بشأن استخدام دور المريض الذي يستخدمه المراهق لتجنب المدرسة، نتيجة لتفاقم العجز بين الأشخاص. بينما تركز المرحلة المتوسطة على واحدة من القضايا الشخصية الأربعة: الفجيعة المعقدة، وانتقال الدور، والنزاعات الدورية الشخصية، والعجز بين الأشخاص. وقد يصبح



الفقدان المعقد مشكلةً عند فترة طويلة أو عندما يعقد المراهق العلاقات مع المتوفى. والمعالج يعمل أساسا على المصطلحات الانفعالية emotion verbalization (Mello, 2004).

عمليات التواصل في الارشاد الشخصي:

أ. **التواصل داخل الشخصي** Intrapersonal communication هو التواصل الذي يحدث داخل الفرد. يستخدم الفرد هذا النوع من الاتصالات لأغراض مختلفة مثل تحليل المواقف وتوضيح المفاهيم والتأمل في الظواهر. هناك ثلاثة عناصر تحكم التواصل الشخصي ، وهي مفهوم الذات والإدراك والتوقع. يستخدم الفرد طرقًا معينة للتواصل داخل نفسه ، وهي عبارة عن خطاب داخلي يحدث فيه التفكير والتركيز والتحليل والتواصل الصوتي الفردي الذي ينطوي على التحدث بصوت عالٍ مع نفسه والتواصل الكتابي المنفرد الذي يتضمن الكتابة غير المخصصة للآخرين.

ب. **التواصل بين الأشخاص** Interpersonal communication من ناحية أخرى هو نوع الاتصال الذي يحدث بين الناس. يتواصل الناس مع بعضهم البعض لعدة أسباب مثل التفسير والتدريس والاستعلام والإبلاغ. تتكون قناة التواصل الشخصي من أربعة عناصر أساسية؛ المرسل، رسالة، المتوسطة والمتلقي. هناك أشكال اتصال لفظية وغير لفظية تُستخدم لإجراء التواصل بين الأشخاص وتشمل هذه الرسائل والإشارات والملاحظات والرسائل النصية ورسائل



البريــد الإلكترونــي والمــذكرات وكــذلك المحادثــات المباشرة.

مراحل الارشاد الشخصي:

غالباً ما ينجم الاكتئاب لدى المراهق ويكون بحاجة تحديداً على الارشاد الشخصي الذين تعرض أبائهم للطلاق أو أبناء الأسر المعرضة لخطر الطلاق. ويحاول المريض والمعالج النفسي التخلي عن الدور القديم الناتج عن انفعالاته السيئة (الشعور بالضياع، الشعور بالذنب، والغضب، والخسارة) (Mello, 2004; Rahioui et al., 2015).

ويحاول المعالج التركيز على المهارات الجديدة وتحديد الجوانب الايجابية للدور الجديد الذي يسعى المعالج لنقل المراهق له، وتحسين الأدوار بين الأشخاص التي كانت شائعة بين الأباء والطفل أو المراهق. ويحدد المعالج النفسي المراحل التالية للعلاج بالارشاد الشخصي (Lavigne, Audebert-Mérilhou, Buisson, Kochman, Clément & Olliac, 2016; Mello, 2004; Rahioui et al., 2015):

أ. مرحلة نزاع الأدوار role dispute: وفيها يكون المراهق في صراع نفسي نتيجة احساسه بانسداد طريق الحياة. أو إعادة التفاوض، والشعور بالانحلال. ويكون المعالج والمراهق في حالة اتصال للتعرف على العجز بين الاشخاص والاعتلال المشترك. وبلغة أخرى يرى Mello (2004) أن مرحلة البداية يقوم فيها المعالج النفسي بتشخيص الاضطراب والاشارات الشخصية.



ويقوم المعالج باستكشاف جميع العلاقات بين الأشخاص الموجودة وأي اختلالات مهمة، حديثة أو مستمرة. بعد هذه المقابلة سيتم تحديد المنطقة التي يعتبرها المريض بأنها تقود الحلقة الاكتئابية الحالية كمركز للعلاج. يتكرر تقييم الأعراض الاكتئابية بواسطة مقياس كمي (أي مقياس التناظر المرئي) والمقاييس النوعية (النشاط، المتعة، جودة الحياة) في كل جلسة (Morris, 2012).

ب. مرحلة الجلسات الوسيطة sessions intermediate: وفيها يتوقف العلاج على المواقف والأحداث الحالية في المنطقة المعينة التي تؤثر بشكل خاص على مزاج المريض. يتم تدريجيا تحسين مهارات التواصل والتواصل واتخاذ القرار من خلال عدد من التقنيات. وتشمل هذه الاستكشاف، والتوضيح، وتشجيع التأثير، وتحليل الاتصالات. وتقوم العلاقة الارشادية على التعاطف ومشجعة لكل تقدم يصنعه المريض. وهي مرحلة يركز فيها المعالج على الدور المشكك في سلوك المراهق.

ج. مرحلة الانهاء phase termination: تركز مرحلة الإنهاء على المهارات والقدرات الجديدة وتعمل على تعديل التوقعات المستقبلية بدون علاج. ويكون الارشاد الشخصي أحد العلاجات النفسية الموصى بها في علاج اضطراب الاكتئاب في التوصيات الدولية. ولكن في فرنسا اعتبرت جميع العلاجات النفسية متساوية في نتائجها. وخلال المراحل الأخيرة تغلق العلاج وتساعد المريض على تخطيط الإجراءات والتحسينات المستقبلية. وبلغة أخرى يرى



(2004) Mello أن المعالج يشجع المريض على التعرف على المكاسب وتعزيزها، وتهيئة المريض للتأقلم في المستقبل.

ولا تعني هذه المرحلة نهاية العلاقة العلاجية. فغالباً ما يتفق ضمنياً بين المريض والمعالج على استمرار التواصل العلاجي بينهم للتحقق من تعزيز استقلالية المريض وتعزيز إحساسه بالكفاءة. وتتحسن بصيرة المريض في فهم احتياجاته وتحقيقها، وكيفية تقبله للدعم الوظيفي. وغالباً ما تكون النهاية عندما تكون ردود الفعل إيجابية للمريض.

وتشمل التدخلات العلاجية النفسية للارشاد الشخصي البحث عن المعلومات؛ واستكشاف أوجه الشبه في العلاقات الأخرى؛ واستكشاف أنماط العلاقة المضطربة، استكشاف أنماط الاتصال التي تشير إلى الحاجة إلى تقديم الدعم، استكشاف خيارات الحل الأنسب للمشكلات؛ ورسم سبل الحل والتحدي. وكانت الموضوعات التي ظهرت في استجابة المريض للارشاد الشخصي هي: تقييم التشتت والتواصل والممارسة وإعادة البناء .(Crowe & Luty, 2005)

مميزات الارشاد الشخصي:

- ❖ استخدام الارشاد الشخصي للغة المصغرة والتنسيق المصمم يدويًا يسمح للمعالج بمهارات وخبرات العلاج النفسي الأساسية الجيدة ليصبحوا مؤهلين بسرعة.
- ❖ عدل المنهج بسهولة بمجموعة من الشروط بينما لا تزال تتبع نفس الصيغة القائمة على الأدلة.
- ❖ هذا النهج هو جذابة بديهية لكثير من المعالجين وخاصة لتقديم العروض المتعلقة بالحزن ومشاكل العلاقة.



- من المرجح أن يكون الارشاد الشخصي قابلة للتطبيق على المرضى الذين يعانون من مجموعة واسعة من المشاكل، حيث أن جميع الأمراض تقريبًا تتضمن مشكلات شخصية.
- من المهم أن يكون الممارسون على دراية بمجموعة متنوعة من العلاجات القائمة على التجربة.
- إنها مجرد تكهنات لماذا كان الارشاد الشخصي أقل من العلاجات الأخرى مثل العلاج المعرفي السلوكي. وهذا قد يرجع إلى واحد من الاحتمالين التاليين:

أ. النموذج السائد لبرامج التدريب على علم النفس وحركة المساعدة الذاتية كانت تلعب على الإدراك الداخلي. وعلى النقيض من تركيز الارشاد الشخصي على الأداء الشخصي المدرك. فإنه يتم التغاضي عن العلاجات المعرفية التي تقوم على أساس اختلافات تنافسية بين المرشدين النفسيين.

ب. على الرغم من الارشاد الشخصي لم يدرس بالجامعة، وبالتالي يمنع نشر هذه الطريقة لجمهور أوسع. وقد أدى هذا بدوره إلى ندرة المدربين والمرشدين المتخصصين في هذه الطريقة التي تحبط محاولات الحصول على الإشراف أو التدريب المتقدم في مجال الارشاد الشخصي.



المراجع

Crowe, M., & Luty, S. (2005). The process of change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depression: a case study for the new IPT therapist. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *68*(1), 43-54.

Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B., & Comes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, *48*(12), 1053-1059.

Grüttert, T., Huchzermeier, C., & Aldenhoff, J. (2002). Interpersonal psychotherapy (IPT) of depression: an overview of the psychiatric historical background and clinical practice of IPT. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *70*(3), 155-163.

Jarrett, R. B., & John-Rush, A. (1994). Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. *Psychiatry*, *57*(2), 115-132.

Judd, F., Weissman, M., Hodgins, G., Piterman, L., & Davis, J. (2004). Interpersonal counselling in general practice. *Australian family physician*, *33*(5), 332.

Klerman, G. L., & Weissmann, M. M. (1987). Interpersonal Psychotherapy (IPT) and Drugs in the Treatment of Depression1, 2. *Pharmacopsychiatry*, *20*(01), 3-7.

Lavigne, B., Audebert-Mérilhou, E., Buisson, G., Kochman, F., Clément, J. P., & Olliac, B. (2016).

Interpersonal therapy (IPT) in child psychiatry and adolescent. *L'Encephale*, *42*(6), 535-539.

Matsuzaka, C. T., Wainberg, M., Pala, A. N., Hoffmann, E. V., Coimbra, B. M., Braga, R. F., & Mello, M. F. (2017). Task shifting interpersonal counseling for depression: a pragmatic randomized controlled trial in primary care. *BMC psychiatry*, *17*(1), 225.

Mello, M. F. D. (2004). Interpersonal Therapy: a brief and focal model. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *26*(2), 124-130.

Moreau, D., Mufson, L., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1991). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(4), 642-651.

Morris, J. (2012). Interpersonal psychotherapy in child and adolescent mental health services. *Clinical psychology & psychotherapy*, *19*(2), 141-149.

Mufson, L., & Sills, R. (2006). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A): An overview. *Nordic Journal of Psychiatry*, *60*(6), 431-437.

Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Martin, J., & Samoilov, A. (1994). Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(5), 695-705.

Pfeifer, S., & Waldner, P. (1994). Interpersonal therapy of depression--an integrative approach for clinical



practice. *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis= Revue suisse de medecine Praxis*, *83*(35), 963-968.

Rahioui, H., Blecha, L., Bottai, T., Depuy, C., Jacquesy, L., Kochman, F., & Ghachem, R. (2015). Interpersonal psychotherapy from research to practice. *L'Encephale*, *41*(2), 184-189.

Schramm, E., & Berger, M. (1994). Current status of interpersonal psychotherapy. *Der Nervenarzt*, *65*(1), 2-10.

Types of Depression. Retrieved from: https://www.webmd.com/depression/guide/depression-types#1

Wurm, C., Robertson, M., & Rushton, P. (2008). Interpersonal psychotherapy: an overview. *Psychotherapy in Australia*, *14*(3), 46.

Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1134-1147.

Weissman, M. M., Hankerson, S. H., Scorza, P., Olfson, M., Verdeli, H., Shea, S., & Wainberg, M. (2014). Interpersonal counseling (IPC) for depression in primary care. *American journal of psychotherapy*, *68*(4), 359-383.



الفصل الرابع

الارشاد عبر الانترنت

Online counseling



الفصل الرابع

الارشاد عبر الانترنت

Online counseling

مقدمة:

لم يعد تقديم المشورة عبر الإنترنت أمرًا سيتغير في المستقبل. من الممكن أن يقوم الشخص بتسجيل الدخول إلى الإنترنت في الوقت الحالي، والعثور على مستشار محترف، وجلسة من خلال جهاز الكمبيوتر الخاص به. توجد بالفعل مواقع ويب مخصصة لمجموعة من المستشارين ومئات من مواقع الويب التي أنشأها ممارسون خاصون للإعلان عن خدماتهم. أكثر من مائة مليون شخص يستخدمون الإنترنت كل شهر للبحث عن المعلومات الصحية في الشهر، ومن المتوقع زيادة ممارسة الاستشارة عبر الإنترنت في السنوات العشر القادمة. هناك حاجة واضحة لدراسة فعالية خدمات المشورة والسلوك المختلفة عبر الإنترنت ولضمان تقديم هذه الخدمات بطريقة أخلاقية ومهنية.

ويستخدم العملاء مؤتمرات الفيديو والدردشة المتزامنة والبريد الإلكتروني غير المتزامن للتواصل مع علماء النفس المحترفين بدلاً من الاستشارات وجهاً لوجه أو بالإضافة إلى ذلك. ومع ذلك فإن غالبية أخصائيي الإرشاد النفسي لا يشاركون في تقديم هذه الخدمات. وقد حققت قلة من الباحثين في ما إذا كانت هذه الخدمات الاستشارية وسيلة فعالة للعلاج بالنسبة للعملاء. وتشتمل المشاكل الناشئة عن هذه الاتجاهات على شقين.

- قد يغيب علماء النفس عن فرص الوصول إلى عملاء جدد، حيث يتم تقديم الخدمات التي يقدمها علماء النفس في



إعدادات وجهًا لوجه من قبل محترفين آخرين أو حتى شبه محترفين على الإنترنت.

- يقوم عدد متزايد من الأفراد باستكشاف الإنترنت لخدمات الصحة النفسية والسلوكية، وعلى الرغم من أن الأبحاث الأولية أظهرت أن تقديم المشورة عبر الإنترنت مفيد للعملاء، فإنه لا يزال من غير الواضح ما إذا كان تقديم المشورة عبر الإنترنت طريقة فعالة لتقديم الخدمات.

ومع تزايد الطلب على الارشاد عبر الإنترنت فيمكن تزويد العملاء بالخدمات الفعالة من قبل مهنيين مدربين يتمتعون بالمهارات والكفاءات الكافية. وتتمثل الخطوة الأولى في هذه العملية في تقييم طرق جديدة لتقديم الخدمات، مثل جلسات الاستشارات التي يتم تقديمها من خلال الدردشة المتزامنة.

وعلى الرغم من أن الممارسة التقليدية لتقديم المشورة تنطوي على تفاعل وجها لوجه بين المستشار والعميل، فقد يقوم عدد متزايد من الممارسين بتقديم خدمات المشورة أو العلاج عبر الإنترنت. فعلى سبيل المثال ففي دراسة Chester & Glass (2006) أكمل مجموعه من المستشارين عبر الإنترنت بلغت ٦٧ الاستجابة على استبيانًا يستكشف خلفيات وخدمات ورسوم وتكنولوجيات الاتصال أثناء تقديمهم للاستشارات عبر الإنترنت للجمهور. وأشارت نتائجه إلى أن الاستشارة عبر الإنترنت أجراها مستشارين ذوي خبرة نسبياً باستخدام البريد الإلكتروني. وقد كان العملاء عبر الإنترنت الذين حصلوا على الاستشارات كانوا من الإناث وتلقين تدخلات قصيرة الأجل نسبياً. وعلى الرغم من أن حقل الارشاد عبر الانترنت يبدو متطوراً مع زيادة شعبيته، إلا



أن بعض المخاوف الأخلاقية التي أثارتها الأبحاث النفسية والمهنية ما زالت تعالج بشكل غير كافٍ.

وتعد الاستشارة (الارشاد) عبر الإنترنت مجالاً للتوسع السريع في مجال علم النفس التطبيقي والارشادي Applied and counseling psychology. وتتضمن المشورة عبر الإنترنت أو العلاج النفسي مجموعة متنوعة من الأنشطة مثل التثقيف النفسي، والعلاج الفردي، وتدخلات المساعدة التلقائية التي يتم تقديمها عبر الإنترنت.

وعلى الرغم من أن الجمعيات المهنية الأخرى مثل الجمعية الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين، ورابطة الطب النفسي الأمريكية، والمجلس الوطني للمستشارين المعتمدين قد تناولوا قضايا أخلاقيات تقديم المشورة عبر الإنترنت فإن جمعية علم النفس الأمريكية كانت غائبة بشكل واضح عن هذا النقاش أو الجدل.

ومع ذلك تعمل عيادات العلاج عبر الإنترنت وتتم دراسة فعالية التدخلات المقدمة عبر الانترنت. وتقدم هذه المناقشة لمحة عامة عن طرائق تقديم المشورة عبر الإنترنت، وتفاصيل المخاوف الأخلاقية المرتبطة بكل منها، وتقدم اقتراحات للممارسة الأخلاقية للاستشارة عبر الإنترنت (Rummell & Joyce, 2010).

وتتحمل الجامعات مسؤولية تطوير التدخلات المناسبة للاستجابة لاحتياجات طلاب الصحة النفسية. يعد استخدام الطلاب للتكنولوجيا جزءاً لا يتجزأ من كيفية اتصالهم بالعالم وربطهم به ؛ من المعقول النظر في إشراك الإنترنت وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتوصيل خدمات الصحة العقلية. ويعتبر



تحقيق المشورة المقدمة عبر الإنترنت العديد من المزايا المتميزة (Richards, 2009).

وتتراوح هذه التدخلات من صفحات الويب النفسية التقويمية وبرامج المساعدة الذاتية المعقدة الشخصية التفاعلية القائمة على السلوك المعرفي، إلى مؤتمرات الفيديو، ومجموعات دعم المساعدة الذاتية، والتدوين، والعلاج عبر الإنترنت بقيادة مهنية (Barak & Grohol, 2011).

مفهوم الارشاد عبر الانترنت:

يُعرّف الارشاد عبر الانترنت ويطلق عليه المصلح Etherapy لأول مرة على أنه التفاعل بين المستهلك والمعالج عبر الإنترنت (عادة عبر البريد الإلكتروني) بالتزامن مع استخدام برنامج علاج سريري منظم على شبكة الإنترنت. يتم تقديم ملخص للقضايا المهنية والأخلاقية، جنبا إلى جنب مع أمثلة موضحة لمبادئ أفضل الممارسات التي مرت في العمل السريري والبحثي من قبل أعضاء وحدة العلاج في جامعة سفينبيرن للتكنولوجيا (Abbott, Klein & Ciechomski, 2008).

العلاج عبر الإنترنت هو شكل بديل للارشاد يمكن أن يخفف من القيود التي تواجه طلاب الجامعات من الأقليات. ويستخدم كبديل للعلاج وجها لوجه إما باستخدام برامج مفتوحة أو تحديد الهوية. لذلك تبدو برامج تحديد الهوية أكثر ملاءمة لتغيير السلوك ويكون الاتصال الإلكتروني بين المعالج والعميل هو التقنية الأساسية للعلاج، أو يقتصر على المواقف التي تكون فيها تفاعلات الوجه غير ممكنة (Ballesteros & Hilliard, 2016).



ومن بين أساليب تقديم المشورة عبر الإنترنت تم العثور على طرق البريد الإلكتروني والدردشة لتكون متفوقة على استخدام المنتديات، والصوت، وكاميرا ويب وتكاد تكون فعالة مثل المشورة وجها لوجه. وتم توظيفهم لتقديم المشورة عبر الإنترنت كخدمة مستقلة ومُدمَج لخدمات أخرى. وتستند التبادلات البريد الإلكتروني وغرف الدردشة النصية فقط على نص مكتوب.و عمليات تبادل البريد الإلكتروني غير متزامنة مما يعني أن اتصال العميل والمستشار لا يحدث في وقت واحد وتؤخر الاستجابات. إن طبيعة الاستشارة عبر البريد الإلكتروني تحمل بعض التحديات مقارنةً بالمستجدات الفورية للعلاج وعلاج الوجه لأن (نظرًا لخصائصها المتأخرة زمنياً) لا يتم عقدها في الوقت الفعلي ولا تفاعلية حقاً. وهناك مخاوف من أنه من الصعب التعبير عن التعاطف والدفء والفكاهة في الاتصالات القائمة على النصوص (Salleh, Hamzah, Nordin, Ghavifekr & Joorabchi, 2015).

مميزات وعيوب الارشاد عبر الانترنت:

أصبحت المشورة عبر الإنترنت أكثر فأكثر شيوعًا. ويرى البعض أن هذا الاتجاه إيجابي بينما يهتم البعض الآخر بالجودة والمسائل الأخلاقية المتعلقة بتقديم المشورة عبر الإنترنت. تستعرض هذه المقالة إيجابيات وسلبيات تقديم خدمات المشورة عبر الإنترنت، وما إذا كان الممارسون والباحثون مع أو ضد هذه الممارسة. وهي تدرك أنها لا تحدث فقط، بل من المرجح أن تزيد من الانتشار بغض النظر عن عيوبها المحتملة. والقضية مفادها أنه لما كان البقاء ويجب دراسة هذه الظاهرة لأنها توفر



فرصة فريدة لدراسة المشورة والعلاج النفسي (Baker & Ray, 2011).

ويعتبر الارشاد عبر الانترنت أكثر فعالية في علاج مجموعة من الاضطرابات النفسية. البحث المستقبلي عن طرق تحسين قدرة المستهلك على الانخراط في العلاج يجب أن يزيد من فعالية هذا النوع من العلاج (Abbott et al., 2008).

واحدى الميزات الفريدة للتسليم عبر الإنترنت هي أن الإنترنت يمكن أن تسهل المجتمع وبالتالي تسمح للتدخلات الإرشادية بالتصرف العلاجي لمجتمع عبر الإنترنت من المستخدمين. وتُمنح فوائد زيادة الوصول والمرونة والخدمات في الوقت المناسب وبناءً على الطلب، وكما هو الحال بالنسبة لاستخدام المشورة عبر الإنترنت كعنصر في نهج الرعاية المتسرعة لتقديم الخدمات (Richards, 2009).

وينظر إليها على أنها إحدى طرق العلاج الفردي التي تعتمد على التدخلات عبر الإنترنت على أنها لديها القدرة على تلبية الطلب المتزايد على خدمات الصحة العقلية. ومع ذلك مع ازدهار الخدمات المقدمة عبر الإنترنت من قبل علماء النفس، والمستشارين، والعاملين الاجتماعيين، وأصبح من الأهمية بمكان ضمان أن تكون التدخلات المقدمة مدعومة بأدلة الأبحاث (Dowling & Rickwood, 2013).

وترتبط جودة الاستشارات الفعالة عبر الإنترنت ارتباطًا وثيقًا بالأساليب المستخدمة والخبرات المكتسبة في دورات الارشاد وتشير إلى أن تقديم المشورة عبر الإنترنت هو بديل حقيقي جداً للاجتماع وجهًا لوجه (Paterson, Laajala & Lehtelä, 2017).

وعلى الرغم من مخاوف الممارسين المتعلقة بسوء التفسير



والتشويه وعدم وجود إشارات غير اللفظية، تظهر المحادثات عبر الإنترنت لتغطي مجموعة متنوعة من الموضوعات وتركز على قضايا أكثر حساسية من الجلسات اللفظية (Callahan & Inckle, 2012).

وأظهرت نتائج دراسة Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira (2008) للمقارنة بين التدخل وجهاً لوجه والتدخل عبر الإنترنت كما ورد في ١٤ من الدراسات عدم وجود فروق في الفعالية. توفر نتائج ماوراء التحليل واستعراض دراسات إضافية للعلاج عبر الإنترنت غير المدرجة في نتائج ماوراء التحليل، دعما قويا لاعتماد التدخلات النفسية على الإنترنت كنشاط علاجي مشروع واقتراح العديد من الأفكار فيما يتعلق بتطبيقه.

ويرى المؤلف أنه لا يمكن استخدامه بمعزل عن طرق الارشاد المختلفة لسبب وحيد هو ان المريض المكتئب غير متواجد في الموقف وبالتالي عدم فهم مبرراته وقد تحدث انتكاسه لديه نتيجة نمو سوء الفهم بين الطبي أو المستشار المعالج والمريض المكتئب.

فعالية الارشاد عبر الانترنت:

استخدمت دراسة Andersson & Cuijpers (2009) ماوراء التحليل لعدد ١٥ دراسة للمقارنة بين الارشاد النفسي المعتمد على استخدامات الانترنت والارشاد النفسي القائم على العلاج الشخصي وقد كان حجم تأثير الارشاد عبر الانترنت أكثر اثراً في تعديل سلوك الاكتئاب من الارشاد الشخصي.

في حين اعتمدت دراسة Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira (2008) على منهجية ماوراء التحليل لعدد من الدراسات



بلغت ٩٢ دراسة للارشاد القائم على الانترنت للعديد من المشكلات وقد بلغ حجم التأثير متوسط وهو ما يشبه إلى حد كبير تأثير العلاج التقليدي وجهاً لوجه لعدد من الدراسات بلغت ١٤ دراسة. وقد كان المدى الزمني للدراسة من ١٩٩٦ إلى ٢٠٠٦. وروعيت في الدراسات وقت العلاج والمتابعة ونوعية القياس المكستخدمة وطريقة الاتصال والمنهج العلاجي.

بينما اختبر Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper & Hedman-Lagerlöf (2018) الفروق بين العلاج السلوكي المعرفي (وجهاً لوجه والعلاج القائم على الانترنت) لعدد من ١٤١٨ مشاركاً وأثبتت النتائج تكافؤ النتائج لمرحلة ما بعد العلاج في ضوء حجم التأثير الناتج باستخدام منهجية ماوراء التحليل لعدد ٢٠٧٨ مقاله و ٢٠ دراسة.

واعتمدت دراسة Andersson, Rozental, Shafran & Carlbring (2018) على تحليل ١٤ دراسة على ٩٠٢ مشاركاً قامت عليهم فترة متابعة لمدة ثلاث سنوات من السويد وهولندا لعلاج اضطرابات الهلع واضطراب القلق الاجتماعي والقلق العام والوسواس القهري والضغوط. وقد بلغ التأثير ١،٥٢ وقد توصلت الدراسة إلى عدم تجانس الدراسات وكان متوسط تحسن الأعراض عبر الدراسات ٥٠٪.

بينما أكد Hedman, Ljótsson & Lindefors (2012) أنه لا يمكن استخدام الارشاد القائم على الانترنت بمعزل عن أنواع الارشاد والعلاج الاخرى. في حين يرى انه مكملاً للعلاج السلوكي المعرفي التقليدي كما أنه مكمل فعال جداً في حالات الاكتئاب واضطرابات الهلع والرهاب الاجتماعي. وقد ثبتت دراسة Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, Andersson



Caspar (2011) & فعاليتـه فـي حـالات عـلاج الاكتئـاب ورفـع جـودة الحياة في حالة الارشاد قصير المدى لمدة ستة أشهر.

ويبـــرر Johansson, Andersson, Ebmeier, Smit, Kessler, Cuijpers, & Cuijpers. (2012) تلـك النتـائج السـابقة فـي فعاليـة الارشـاد القـائم علـى الانترنـت علـى تخفيـف حـدة الاكتئـاب الشـديد النـاجم عـن الكلفـة الاجتماعيـة العاليـة والمعانـاة الفرديـة. وقـد تمـت المتابعـة علـى مسـتويات مختلفـة مـن الطبيـب المعـالج والحاجـة للـدعم المسـتمر بالانترنـت إذ يـوفر الانترنـت تغذيـة راجعـة مثاليـة افتراضـية ترفـع السـعادة النفسـية ومسـتوى الرفاهية لدى الفرد.

وأكـد Lekka, Efstathiou & Kalantzi-Azizi (2015) علـى سـيادة علاقـات التعـاطف والقبـول والتمكـين والـدعم وذلـك فـي ضـوء الاسـئلة المفتوحـة والمغلقـة والوصـول إلـى أسـباب عقـدة الاكتئـاب فـي جلسـات ارشـادية بلغـت ٣٠ سـاعة للأعـراض الاكتئابيـة وذلـك لطلاب المرحلة الثانوية.

الارشـاد عبـر الانترنـت كمكمـل للارشـاد والعـلاج النفسـي التقليدي:

تكمـن تحـديات الارشـاد عبـر الإنترنـت لـدى علمـاء الـنفس هـو إمكانيـة التواصـل مـع العميـل بطريقـة ذات معنـى مـن خـلال تقنيـات الاتصـال عـن بعـد. دون الاسـتفادة مـن الإشـارات السـياقية وغيـر اللفظيـة، قـد يعـوق القـدرة علـى تشـكيل علاقـة علاجيـة. عـلاوة علـى ذلـك فالمسـافة التـي ينطـوي عليهـا الاستشـارة عبـر الإنترنـت، قـد يكـون مـن الصـعب علـى العميـل والمستشـار استكشـاف تـأثير تفـاعلات الأشـخاص والبيئـة بشـكل كامـل. ونتيجـة لـذلك مـن المهـم النظـر فيمـا إذا كـان تقـديم المشـورة عبـر الإنترنـت يمكـن



أن يستوعب عدم وجود إشارات غير لفظية وزيادة المسافة. إذا تمكنت المشورة عبر الإنترنت من التغلب على هذه القيود وإمكانية إدارة علاقة علاجية بنجاح، فسيكون من المهم اكتشاف كيف يمكن تدريس هذه المهارات على أفضل وجه للأجيال القادمة من الإخصائيين النفسيين الاستشاريين.

وتتعلق الاستشارة عبر الإنترنت يتعلق بمدى ملاءمة أسلوب العلاج لمجموعة واسعة من العملاء. كان هناك حوار مستمر بشأن السكان المناسبين لمعالجي المشورة عبر الإنترنت. يهتم علم النفس الاستشاري بالتنمية الطبيعية ومساعدة الأفراد على التعامل مع المشاكل اليومية، مثل العمل والتحولات الحياتية. ومن خلال تقييم كيفية عمل المعالجين مع العملاء الذين يتعاملون مع القلق، الاكتئاب، أو مزيج من المخاوف، توفر الدراسة معلومات حول إمكانات المعالجين في إعداد على الإنترنت. يجب ألا يقتصر البحث المستقبلي على تصنيف الرسائل المرسلة إلى هذه الأنواع من لوحات نشرات الكمبيوتر فحسب، بل يجب أن يسعى أيضًا للحصول على بيانات النتائج من المشاركين لتحديد كيفية فهم الدعم الذي يتم نقله وما إذا كان الدعم فعالًا أم لا. وتختلف القوائم عن لوحات نشرات الكمبيوتر حيث يحتاج الفرد إلى الاشتراك لأول مرة في القائمة من أجل تلقي الرسائل. ويمكن الوصول إلى من قبل أي شخص لصفحات الويب التي تستضيف الرسائل. وتوفر التواصل والدعم للمجموعة باستمرار لأن الأفراد يمكنهم الاشتراك والغاء الاشتراك في أي وقت. وتكمن مشاكل الارشاد عبر الانترنت في أنها لم تتضمن التوجيه أو الدعم من طبيب نفساني أو أي نوع آخر من الممارسين المدربين. ويستطيع المحترف منع بعض النتائج السلبية لمجموعات الدعم عبر الإنترنت، مثل



انتشار التضليل، والصراع بين أعضاء المجموعة، وإمكانية تطوير إدمان الإنترنت.

دور نظرية الاتصال المدمج Computer-Mediated Communication في الارشاد عبر الانترنت

أدى تطور علم النفس الالكتروني إلى وجود أشكال جديدة من التواصل، وما ترتب عليه من آثار وقابلية التطبيق لممارسة المشورة والعلاج النفسي.

وبدأ الاتصال المبرمج في الرواج خلال الستينات، ويشير إلى نوع من التواصل بين شخصين أو أكثر يتم تسهيله بواسطة أجهزة الكمبيوتر أو البرامج، مع كون البريد الإلكتروني هو الشكل الأكثر شيوعًا اليوم.

وتتضمن الأمثلة الحالية لنظرية الاتصال المدمج بريدًا إلكترونيًا تم إرساله إلى أحد أفراد العائلة، أو رسالة منشورة على قائمة عناوين أو لوحة إعلانات مهنية، أو محادثة مع صديق في غرف الدردشة، أو استخدام كاميرا فيديو لإرسال صورة وصوت إلى صديق. واهتمت الدراسات النفسية والطبية عملية أو نتيجة الاتصال العلاجية بين مستشار وعميل. أدرجت الدراسات المتعلقة مجموعات الدعم عبر الإنترنت أيضا لأن النتائج المتعلقة بهذه الدراسات تنطبق على علماء النفس الارشادي على النحو التالي:

- ❖ أولاً ستناقش الدراسات التي حققت في كيفية استخدام الأفراد للاتصال عبر الكمبيوتر للحصول على الدعم.
- ❖ ثانيًا سيتم مراجعة أبحاث النتائج من دراسات الاستشارات عبر الإنترنت، بما في ذلك مستويات العملاء والعيادات من حيث الرضا عن طرق العلاج الجديدة.



- ثالثًا ستتم مراجعة عملية البحث من دراسات الارشاد عبر الانترنت لمناقشة القضايا الفريدة المتمثلة في تقديم الخدمات الصحية العقلية والسلوكية دون أن يكون الطرفان معًا في بيئة وجهًا لوجه.

مبررات استخدام الارشاد عبر الانترنت:

- زيادة التعاطف الحادث بين مستشار الارشاد وبين المريض أو من هو بحاجة للارشاد.
- تلبية الحاجة الملحة لدى المريض او المكتئب في التفريغ الانفعالي الناجم عن ظروف الحياة الضاغطة أو الروتينية.
- يحصل المستشار أو الطبيب النفسي على معلومات لا يمكنه الحصول عليها وجهاً لوجه داخل جلسة الارشاد.
- إمكانية الرجوع إلى الرسائل التي نمت أو كتبت بين مريض المكتئب وبين الطبيب للوقوف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها الفرد من ناحية. أو التأكد من مصداقية المكتئب في الحديث عن مشكلاته التي سبق وأن تحدث عنها وجهاً لوجه.
- تفترض التفاعلات الافتراضية الحصول على تغذية راجعة مثالية تنمي جودة الحياة النفسية لدى الفرد في ضوء العلاقات الاترباطية القوية أو الحميمة بين طرفي الاتصال، ونظراً لأن مبدأ الحميمية غير متوفر في هذا النوع من التواصل إلا أنه يستعاض عنه بالثقة والتعاطف.
- انعدام خوف المريض المكتئب للخوف أو القلق الاجتماعي من استخدام الطبيب أو المستشار للمعلومات التي أفصح عنها



أو سـردها، إذ يتأكد لديه أنها لصالح المساعدة والدعم النفسي له.

- ❖ الدعم الانفعالي والاجتماعي المدرك في شبكات التواصل الاجتماعي أعلى من صورة التقليدية من ناحية، كما أنها يمكن الحصول عليها في اي توقيت واي مكان بمجرد تحقيق التواصل المتزامن أو غير المتزامن لدى المريض المكتئب.
- ❖ الافتراض التقليدي لشبكات التواصل في أن الاتصالات التي تتم عليها ما هي إلا بين شخصين يحتاج أحدهما إلى نوع من الدعم وأن طرفي الاتصال لهما نفس الاهتمام. وأن الانفعالات تتحسن والأمزجة تكون في المسار السعيد من جراء تحقيق الاتصال بين طرفي التواصل.
- ❖ خلو الاتصال من مبررات الخجل الاجتماعي.

تقديم الدعم للعميل:

يعمل علماء النفس الاستشاري على نقل التعاطف والدعم إلى العميل حتى يمكن تسخير نقاط قوته وقدراته على التكيف. واقترح بعض الباحثين أن إحدى الفوائد الرئيسية لشبكة الإنترنت قد تتمثل في أنها يمكن أن توفر وسيلة للأفراد للتواصل مع الآخرين والحصول على الدعم والمعلومات.

وقد يكون هذا صحيحًا بشكل خاص بالنسبة للأفراد الذين يشعرون بالعزلة، حيث قد تكون الإنترنت وسيلة لتلقي الدعم الاجتماعي، وتعلم طرقًا جديدة للتعامل مع المشكلات. ومع ذلك يمكن أن يستوعب الارشاد عبر الانترنت بفاعلية التواصل التعاطفي والدعم دون وجود كلا الطرفين في نفس الموقع.



وعادة ما وجدت فوائد للمشاركين. ويبدو الدعم عبر الإنترنت في رسائل المناقشة، والتي التي تدور على مدار ٢٤ ساعة في اليوم وقد تم إظهار أن مجموعات الدعم هذه لها بعض الفوائد.

وحللت دراسة Braithwaite, Waldron, & Finn (1999) وظائف الدعم الاجتماعي من ٤٢ عضوًا فريدًا في لوحة إعلانات الكمبيوتر للأشخاص ذوي الإعاقة. تم تعريف رسائل الدعم الاجتماعي على نطاق واسع مثل أي نشر يقدم الرعاية أو الانتماء أو التقدير أو المساعدة لمتلقي الرسالة.

كما قام Finn (1999) بالتحقيق في مجموعة المساعدة الذاتية على الإنترنت والتي ركزت على القضايا المتعلقة بالإعاقة. أُجري تحليل ل ٧١٨ رسالة من ٤٢ مستخدمًا فريدًا يقيمون في ٣٣ ولاية. قام الباحث بتطوير ١٤ فئة للرسائل. تم اشتقاق الفئات من آليات مجموعة المساعدة الذاتية العلاجية الموجودة في أدبيات العمل الجماعي. وتم استخدام اثنين من مساعدي البحوث لرمز الرسائل، وأفاد عن اتفاق يعني من ٨٢. وكانت الرسائل المصنفة على أنها تقدم الدعم والتعاطف (٢١،٢ ٪)، وتوفير المعلومات (١٥،٣ ٪)، المكرسة لحل المشكلات (١٤،٤ ٪)، والتعبير عن المشاعر أو التنفيس (١٢،٣ ٪) هي الأكثر شيوعا على لوحة الإعلانات. على الرغم من أن المؤلفين قاموا بترميز الرسائل إلى فئات، إلا أنه من غير المعروف ما إذا كان أعضاء المجموعة أنفسهم ينظرون إلى الرسائل على أنها دعم عاطفي وجداني. ومع ذلك ما يتم نشر الرسائل على لوحة النشرات بشكل متسلسل.

الاشارات المشكل في استجابات العميل عبر الانترنت:

يكون المعالجين في التدريب أكثر قدرة على التقاط قضايا تقديم مهمة وتقديم تشخيص سريري دقيق في جلسة تقديم



المشورة عبر الإنترنت من خلال الدردشة المتزامنة. ودعمت هذه الفرضية بالبيانات التي تؤكد أن المعالجين في التدريب يمكنهم تحديد تشخيص DSM-IV ذي صلة بدقة لعميلهم. ولكل من القلق للعميل قام أكثر من ٩٠٪ من المعالجين في التدريب بتعيين تشخيص مناسب. وقد أظهرت الأبحاث السابقة أن المعالجين ذوي الخبرة كانوا قادرين على توفير تشخيص أكثر دقة من المعالجين الأقل خبرة أو أولئك الذين ليس لديهم خبرة.

ولتحديد كيفية تحسين دقة التشخيص فقد أظهرت دراستهم أن هناك حاجة إلى مزيد من الوقت والمراحل لضمان تقييم "معيار الذهب".

تم تعريف معيار الأساسي للمقابلة سريرية وهو استعراض التاريخ الطبي ومناقشة الطبيب النفسي للمريض. وقد ارتفع مستوى الاتفاق مع هذا المعيار مع تحديد إجراءات إضافية إلى بروتوكول التقييم. وعلى سبيل المثال وافق تقييم روتيني مع معيار الذهب فقط ٥٣ ٪ من الوقت ، ولكن عندما تم النظر في معلومات إضافية مثل السجلات الطبية ومقابلة سريرية منظمة من DSM ارتفع الاتفاق مع معيار الذهب إلى ٧٩ ٪.

طبيعة مشكلات العميل في الارشاد القائم على الانترنت:

ذكرت الفرضية الثالثة أن المعالجين في التدريب سيكونون مرتاحين مع قضايا تقديم العميل عبر الإنترنت. تم تأكيد هذه الفرضية جزئيًا ، حيث أدت معظم البيانات إلى التأكيد على أن المعالجين في التدريب يشعرون بالراحة في الالتقاء مع العميل في إعداد عبر الإنترنت. استجاب المعالجون في التدريب بمستوى مرتفع إلى حد ما من التأثير الإيجابي بعد جلسة المشورة عبر



الإنترنت. تفاعل المعالجون في التدريب مع كل من العميل القلق والاكتئاب بطريقة مماثلة.

ومع ذلك فقد أبلغوا عن شعورهم بالاكتئاب بعد إجراء جلسة العلاج عبر الإنترنت مع العميل القلق. ويبدو أن المستشارين حاولوا التكيف مع طريقة العلاج عبر الإنترنت ولكن شعروا بقدر قليل من عدم الراحة عند العمل مع العميل القلق. ومن المحتمل أن يكون العميل القلق أكثر حدة بالنسبة للمعالجين في التدريب ، الأمر الذي كان سيضع ضغطًا أكبر على المستشار لمساعدة العميل في مشكلاته.

صور التصرف للمعالج خلال الجلسات:

ذكرت الفرضية الرابعة أن المعالجين في التدريب سوف يتصرفون بطريقة مماثلة خلال جلساتهم عبر الإنترنت مقارنة بجلسة وجهًا لوجه. تم تأكيد هذه الفرضية من خلال تحليل البيانات.

وعلى الرغم من غياب الإشارات غير اللفظية يحظر مقدار الحد الأدنى من المشغلات مثل "نعم" أو أي شيء من الكامت التي تشجع على التواصل، فإن المعالجين في التدريب يستخدمون المهارات السريرية التي تتشابه بشكل متناسب مع المعالجين الذين يعملون مع عميل في بيئة وجهاً لوجه. كانت المهارات الأكثر استخدامًا هي إما الأسئلة أو الموافقة وتعليقات مطمئنة موجهة لاستكشاف قضايا العميل بمزيد من العمق، وهو ما يوازي النتائج من دراسات مماثلة تركز على العلاج وجهاً لوجه.

ويبدو أن نفس المهارات التي يستخدمها المستشارون في العلاج وجهاً لوجه يمكن استخدامها في بيئة محادثة متزامنة على



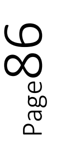
الرغم من أن الدردشة المتزامنة لم تسمح بتبادل السلوكيات غير اللفظية.

تدخلات الارشاد القائم على الانترنت:

تؤثر تدخلات المعالجين في التدريب خلال الدورة على مواقفهم بعد الجلسة. تم دعم هذه الفرضية جزئيًا بعد تحليل البيانات. تم العثور على المعالجين في التدريب الذين يستخدمون المزيد من التحديات للإبلاغ عن تقييمات أكثر ملاءمة حول المشورة عبر الإنترنت فيما يتعلق بإدارة الوقت، في حين أن أولئك الذين يستخدمون المزيد من التفسيرات كانوا أكثر عرضة للإبلاغ عن تقييم أكثر ملاءمة للارشاد عبر الإنترنت فيما يتعلق بالتأثير العلاجي. وتشير إلى أن المعالجين، مع مزيد من الراحة باستخدام المهارات المتقدمة قد تجد المشورة عبر الإنترنت لتكون أكثر فعالية.

اتجاهات المستشار عقب جلسات الارشاد عبر الانترنت:

ذكرت الفرضية السادسة أن المعالجين في التدريب سيختبرون تغييرًا إيجابيًا في مواقفهم تجاه الاستشارة عبر الإنترنت بعد أن أجروا جلسة دردشة متزامنة. تم دعم هذه الفرضية جزئيًا من خلال تحليل البيانات. لقد واجه المعالجون والتغييرات تغيرًا ملحوظًا في المواقف بين الاختبار القبلي والبعدي.



وفي جميع الحالات باستثناء حالة واحدة أعرب المعالجون في التدريب عن وجهات نظر أكثر ملاءمة لإمكانية تقديم المشورة عبر الإنترنت بعد أن أجروا جلسة استشارية عبر الإنترنت. ومع ذلك أبلغ المعالجون عن انخفاض الدرجات بعد إجراء جلسة الاستشارة عبر الإنترنت فيما يتعلق بحجم العمل الذي يمكنهم إنجازه مقارنة بجلسة وجهًا لوجه.



وأشارت النتائج أن المعالجين في التدريب أبدوا في البداية معتقدات معرفية معتدلة بأن الارشاد عبر الإنترنت يمكن أن تكون فعالاً. وبعد إجراء الجلسة، شهد تدريب المعالجين تحولًا في اتجاه إيجابي في اتجاهاتهم نحو المشورة عبر الإنترنت بكل طريقة باستثناء قدرة الاستشارة عبر الإنترنت على أن تكون فعالة من حيث الوقت كمشورة وجهاً لوجه.

وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن المعالجين في التدريب سيكونون موافقين على تلقي التدريب على كيفية إجراء جلسات المشورة عبر الإنترنت، ويعتقدون أنه يمكن أن يكون خيار علاج قابل للتطبيق من أجل تقديم العلاج.

ويبدو أن المعالجين في التدريب مع تجربة الدردشة المتزامنة عبر الإنترنت أكثر ارتياحًا مع العميل والجلسة عبر الإنترنت لأنهم قد أبلغوا عن مستويات أعلى من التأثير الايجابي، كما قاموا بتصنيف العميل على أنه له تأثير إيجابي أكبر.

ويشعر المعالجون في التدريب بمزيد من الخبرة في التواصل من خلال الدردشة المتزامنة بأنهم أكثر سهولة مع التكنولوجيا، وبالتالي يشعرون بقدر أقل من القلق نتيجة لنقل مهاراتهم السريرية إلى بيئة عبر الإنترنت. على الرغم من أن المعالجين في التدريب مع تجربة الدردشة المتزامنة أكثر أظهروا مستويات متزايدة من الرضا، فإن النتائج تثبت أنهم لم يشكلوا علاقة عمل أفضل مع عملائهم.

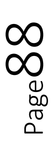


النظرية التواصلية ودورها في الارشاد القائم على الانترنت

النظرية التواصلية:

تغيرت احتياجات التعلم مع تزايد انتشار التكنولوجيا في المجتمع الحديث. وتقترح النظرية التواصلية أن العصر الرقمي يخلق مناهج جديدة للتعلم. ولم يقتصر التعلم على ما يحدث داخل الفرد، ولكنه أصبح ظاهرة اجتماعية وثقافية تتطلب القدرة على التعامل مع التغيرات السريعة في المعلومات. وتعد مهارات التفكير النقدي مثل التوليف وتكامل المفاهيم، إلى جانب القدرة على تحديد الروابط والأنماط، أساسية لنظرية التعلم هذه (Lin, Parsons & Cockerham, 2019).

وقدم Schwartz, Tsang, & Blair (2016) عدد ٢٦ طريقة لمساعدة الناس على العلاج وناقشت دراستهم كيف العمل طبقاً لهذه الأساليب. وتساعد التوضيح والتوليد والإثارة في مساعدة المرء على أن يتذكر بشكل أفضل ما يجب أن يتذكره الشخص وما الذي يريد بينما يساعد التدريب على الواجبات المنزلية للعميل على الحالات المتناقضة والاطلاع على اكتشافاتهم. وقد سلطت النظرية الضوء على مكونات مهمة الارشاد، والتي تشمل الفهم والذاكرة والتحفيز والخبرة والمهارات الدراسية والشعور بالاندماج وحل المشكلات والتعاون والإكتشاف.



طبيعة التواصل وبين المعرفة في النظرية التواصلية:

يعد التواصل نشاطاً عاملاً في سياق الارشاد عبر الانترنت. ويمكن للمرشد تصميم الأنشطة التي تجعل العميل يبحر في التوسع في طرح أحداثه، ويمكن تقييم مستويات الأنشطة من



خلال الجهود العقلية والمشاركة المعرفية (Haythornthwaite, 2019).

وتشمل تلك الأنشطة تبادل المعرفة أو إنشاء المعرفة التعاونية. ويمكن للعميل البحث عن عقد محددة اجتماعيًا أثناء تعاونهم مع الآخرين التي أدت إلى أزمته، كما أن المشاركة في التحرير والتعليق والتأمل عن طريق إرسال بريد إلكتروني أو رسالة لعائلة العميل أو الأصدقاء ومن ثم يتم تأسيس العلاقات الترابطية المتزنة بين عناصر الارشاد (Duan, Xie, Hawk, Yu & Wang, 2019).

ويتعاون العميل والمرشد ويتبادل كل منهما المعرفة وخلقها بدرجات مختلفة أثناء التفاعل. ويتم تصميم أنشطة الارشاد النفسي في ضوء مستويات مختلفة حسب هدف القادمة ودرجة مساهمة المعرفة في الوصول إلى حل لأزمة العميل بهدف بناء أنشطة جديدة تتكون من معرفة جديدة باستخدام المعرفة السابقة للعميل تحدد ما إذا كان أي نشاط محدد يتطلب بذل جهد عقلي مفرط والمشاركة المعرفية (Duan et al., 2019; Lin et al., 2019).

مهارات الارشاد النفسي في العصور الرقمية:

تفترض مهارات الارشاد الفعال أولويات مختلفة في التفاعل افتراضياً مع العميل في بيئة غامرة لدعم انفعالاته سواء كتابة أو مصورة انفوجرافياً. ويؤدي الوصول السهل إلى المعلومات باستمرار إلى إخراج المعلومات التي يقمعها الفرد في اللاشعور ومعالجتها عن طريق الذاكرة العاملة، وهنا قد يمتنع العميل عن مواصلة الحديث ويرى أن التواصل اللفظي افتراضياً عن طريق الاتصال الصوتي أفضل في تفريغ انفعالاته الدفينة.



وهنا يكون للمرشد أن يبدأ في حل مشكلات العميل انفعالياً وهذا يتطلب مهارة في فحص المعلومات وتحديد المواد ذات الصلة والواقعية. ويجب معرفة كيفية الوصول إلى مصادر المعلومات عالية الجودة التي تكون الطريق إلى انتشال العميل من الإحساس بالذنب ومراقبة ذاته من أجل الحد من الهروب من الواقع الاجتماعي إلى نظيره الافتراضي ويمكن للمرشد أن يحلل منشورات العميل عبر الإنترنت والتعرف على المشتتات الأخرى التي تسبب معاناته (Schwartz et al., 2016).

السقالات المعرفية والمعلومات البدائية بنظرية التعلم التواصلي Scaffolding and prior knowledge:

أشار Alber (2001) الرأي القائل بأن المعرفة الجديدة يجب أن تبنى من المعرفة الحالية، وأن الروابط مع الخبرة والمعرفة السابقة يمكن أن تعزز العلاج. ويمكن أن تتفاعل مجموعة متنوعة من المعرفة وربط الأحداث ببعضها من خلال أسئلة مفتوحة تعمل على الاستفزاز الانفعالي للعميل ومن ثم تعمل كسقالات وروابط للمعرفة السابقة والمواقف من خلال الأمثلة التوضيحية التي يمكن الوصول إليها بسهولة كدلالة على صحة ما سرده العميل من ظواهر (Vygotsky, 1986).

طبيعة العلاقة بين الوسيط الافتراضي والعميل Digital students and agency:

توفر التكنولوجيا فرص لكل من المرشد والعميل لتلقي المزيد من المتابعات للتحكم في كم المعلومات التي ترفع من جودة الحياة النفسية والتي تنفث انفعالات العميل. ويعتمد العميل على المرشد في تلقي وتبادل المعرفة مع عميله في أي وقت من النهار أو الليل دون الذهاب إلى العيادة النفسية.



ويمكن للعميل الوصول إلى عدد كبير من المعلومات من خلال هواتفهم الذكية أو أجهزة الكمبيوتر أو الأجهزة التكنولوجية الأخرى. ويشجع المرشد النفسي على قيام العميل بمعالجة الأشياء والمشاركة في النقاش وهنا يتعرف المرشد على المخططات المعرفية (مخططات الأحداث، ومخططات الشخصية، ومخططات الاجتماعية) من أجل بناء نماذج ذهنية في العالم.

ومن خلال توفر المعرفة لدى المرشد عن الظواهر الافتراضية والفعلية وكيف تفاعل العميل مع تلك الأحداث بصورة أدت لهذا الضغط الانفعالي، فالعميل يتخلص من الخجل الاجتماعي ويسرد فحوى حكايته دون الشعور بالخجل، وهنا تزداد الرابطة الاجتماعية بين المرشد والعميل، ومن ثم إقامة روابط بين الأفكار الجديدة والتفاهمات السابقة (Lin et al., 2019; Schwartz et al., 2016).



المراجع

Abbott, J. A. M., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, *26*(2-4), 360-375.

Alber, R. (2011). Six scaffolding strategies to use with your students. *Edutopia*. Retrieved August 16, 2018, from https://www.edutopia.org/blog/scaffolding-lessons-six-strategies-rebecca-alber.

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, *38*(4), 196-205.

Andersson, G., Rozental, A., Shafran, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *18*(1), 21-28.

Baker, K. D., & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly*, *24*(4), 341-346.

Ballesteros, J. L., & Hilliard, R. C. (2016). US-Based Latina/O College Students' Attitudes toward Online Counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *38*(4), 269-285.

Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, *29*(3), 155-196.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based

psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, *26*(2-4), 109-160.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, *26*(2-4), 109-160.

Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive behaviour therapy*, *40*(4), 251-266.

Callahan, A., & Inckle, K. (2012). Cybertherapy or psychobabble? A mixed methods study of online emotional support. *British Journal of Guidance & Counselling*, *40*(3), 261-278.

Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*(1), 1-18.

Cavaco, A. (2019). Pharmaceutical Care and Patient Counseling. In *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care* (pp. 33-40). Springer, Cham.

Chester, A., & Glass, C. A. (2006). Online counselling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counselling*, *34*(2), 145-160.

Dowling, M., & Rickwood, D. (2013). Online counseling and therapy for mental health problems: A

systematic review of individual synchronous interventions using chat. *Journal of Technology in Human Services*, *31*(1), 1-21.

Duan, J., Xie, K., Hawk, N. A., Yu, S., & Wang, M. (2019). Exploring a Personal Social Knowledge Network (PSKN) to aid the observation of connectivist interaction for high-and low-performing learners in connectivist massive open online courses. *British Journal of Educational Technology*, *50*(1), 199-217.

Haythornthwaite, C. (2019). Learning, connectivity and networks. *Information and Learning Sciences*, *120*(1/2), 19-38.

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost–effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *12*(6), 745-764.

Johansson, R., Andersson, G., Ebmeier, L., Smit, H., Kessler, J., Cuijpers, T. & Cuijpers. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert review of neurotherapeutics*, *12*(7), 861-870.

Lekka, F., Efstathiou, G., & Kalantzi-Azizi, A. (2015). The effect of counselling-based training on online peer support. *British Journal of Guidance & Counselling*, *43*(1), 156-170.

Lin, L., Parsons, T. D., & Cockerham, D. (2019). Rethinking Learning in the Rapid Developments of Neuroscience, Learning Technologies, and



Learning Sciences. In *Mind, Brain and Technology*(pp. 3-16). Springer, Cham.

Mallen, M. J. (2005). Online counseling: dynamics of process and assessment.

Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practical aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist*, *33*(6), 776-818.

Parsons, T. D. (2017). *Cyberpsychology and the brain: The interaction of neuroscience and affective computing*. Cambridge: Cambridge University Press.

Paterson, S. M., Laajala, T., & Lehtelä, P. L. (2017). Counsellor students' conceptions of online counselling in Scotland and Finland. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-12.

Richards, D. (2009). Features and benefits of online counselling: Trinity College online mental health community. *British Journal of Guidance & Counselling*, *37*(3), 231-242.

Rummell, C. M., & Joyce, N. R. (2010). "So wat do u want to wrk on 2day?": The ethical implications of online counseling. *Ethics & Behavior*, *20*(6), 482-496.

Salleh, A., Hamzah, R., Nordin, N., Ghavifekr, S., & Joorabchi, T. N. (2015). Online counseling using email: a qualitative study. *Asia Pacific Education Review*, *16*(4), 549-563.

Schwartz, D. L., Tsang, J. T., & Blair, K. P. (2016). *The ABCs of how we learn: 26 scientifically proven approaches, how they work, and when to use them*. New York: W. W. Norton.



Shaw, H. E., & Shaw, S. F. (2006). Critical ethical issues in online counseling: Assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling & Development*, *84*(1), 41-53.

Vygotsky, L. S. (1986). *Thought and language* (Abridged from 1934; A. Kozulin, Trans.). Cambridge: MIT Press.



